

Patient Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

**Información de seguridad (Safety Information)**

¿Hay armas de fuego en la casa?	SI _____ NO _____
¿El niño usa un casco de bicicleta?	SI _____ NO _____
¿El niño sabe nadar?	SI _____ NO _____
¿Tiene su casa detectores de humo?	SI _____ NO _____
¿Está a prueba el niño en el hogar?	SI _____ NO _____
¿El niño viaja en el automóvil con una restricción apropiada para su edad?	SI _____ NO _____
¿Alguien en la casa fuma?	SI _____ NO _____
¿La casa tiene agua de ciudad o de pozo?	Ciudad _____ Agua de pozo _____

**Tuberculosis**

¿Nació su hijo en los Estados Unidos? Si no, ¿qué país?	SI _____ NO _____ País _____
¿Ha viajado su hijo fuera de los Estados Unidos en el último año? If yes, where?	SI _____ País _____ NO _____
¿Ha viajado un miembro del hogar fuera de los Estados Unidos en el último año? ¿Si sí donde?	SI _____ País _____ NO _____
¿Tu hijo ha tenido contacto cercano con una persona con tuberculosis conocida o sospechada?	SI _____ NO _____
¿Su hijo tiene contacto cercano con una persona que tiene una prueba cutánea de tuberculosis positiva?	SI _____ NO _____
¿Pasa su hijo tiempo con una persona que ha estado en prisión o en un refugio, usa drogas ilegales, tiene VIH o es alcohólico?	SI _____ NO _____
¿Su hijo toma leche cruda o come queso no pasteurizado?	SI _____ NO _____
¿Tu hijo ha tenido contacto cercano con un residente de un centro de atención a largo plazo?	SI _____ NO _____
¿Está el niño médicamente desatendido o de bajos ingresos?	SI _____ NO _____

**Evaluación del riesgo de exposición al plomo (Lead Exposure Risk Assessment)**

¿Vive el niño en un área con un alto nivel de plomo?	SI _____ NO _____ Desconocido _____
¿El niño vive o visita una casa construida antes de 1950 con pintura desconchada o con renovación reciente o actual?	SI _____ NO _____ Desconocido _____
¿Hay contacto cercano con una persona con un nivel elevado de plomo?	SI _____ NO _____ Desconocido _____
¿Vive el niño cerca de la industria del plomo o del tráfico pesado?	SI _____ NO _____
¿Vive el niño con una persona cuyo trabajo o pasatiempo involucra exposición al plomo?	SI _____ NO _____
¿Hay cerámica con plomo en el hogar?	SI _____ NO _____
¿Alguien en el hogar toma remedios tradicionales con plomo?	SI _____ NO _____