

EVALUACION DE RIESGO DE PLOMO

Nombre del Niño: _____

Sus respuestas nos ayudarán a saber si su hijo/a ha estado en contacto con plomo.

1. ¿Vive su hijo/a, o pasa mucho tiempo en un edificio que fué contstruído antes de 1978 el cuál se está pelando o cayendo la pintura? **Si** **No**
2. ¿Come su hijo/a dulces que fueron hechos en otro país? (Como Bolorindo, Caca Chaca, Pelón Pelo Rico, Lucas Acidito, Tama Roca, Limón 7, u otros) **Si** **No**
3. ¿Usted usa vajilla importada o vieja, o vasijas hechas o recipientes para preparar, servir, y almacenar bebidas o comidas como en jarros de frijoles, jarras de barro, caserolas con plomo o latas, o vasijas de ceramica. **Si** **No**
4. ¿Usa su familia objetos de otros países como crayones, gís para los cucarachos, frutas o hierbas secas, tés, velas, o saltamontes secos o algún otro objeto? **Si** **No**
5. ¿Usted o alguien más quién vive con usted o cuida a su hijo/a usa remedios caseros como Greta, Azarcon, Pay-loo-ah, o cosméticos como Kohl o Surma? **Si** **No**
6. ¿El niño/a tiene padre/madre, hermano/a, compañero/a de juegos que ha sido evaluado por ser envenenado con plomo, o tiene un nivel alto de plomo en la sangre? **Si** **No**

La pregunta en esta casilla indica referencia inmediata

7. ¿Su hijo/a vive con o visita alguien que usa plomo en el trabajo o lo usa de pasatiempo? (Por ejemplo, pintar, soldar, fabricación de baterías de autos o reciclaje, reparación de radiadores de carros, pintura de carros, o demolición o trabajo de vidrio de colores?) **Si** **No**
8. ¿Su hijo/a come tierra, barro, u otro objeto seco, o mastica en el marco de las ventanas, o pela la pintura seca? **Si** **No**

Date Resources Provided: _____

9. ¿Ha estado su hijo/a fuera de los Estados Unidos en el último año? **Si** **No**
10. ¿Ha vivido su hijo/a en otros países frecuentemente? **Si** **No**
11. ¿Vive su hijo/a cerca de una planta activa donde se reciclan baterías de coche, o una fundidora de metales u otra industria que puede emitir plomo en el ambiente? **Si** **No**
12. ¿Su hijo/a vive o juega cerca de la carretera, como en la casa de la niñera? **Si** **No**

Nota: 2 o más respuestas indican una referencia inmediata, así mismo como también las preguntas en la caja de arriba.

Firma del Padre/Guardián _____ Staff Signature _____

Fecha _____ Fecha _____

2nd año Iniciales del Padre/ Guardián _____ Fecha _____