



## DOÑA ANA COUNTY HEAD START

<b>LEAD RISK QUESTIONNAIRE</b>	TODAY'S DATE: _____
Child's Name _____	
Last	First MI
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Date of Birth: _____ / _____ / _____	Center: _____
Month      Day      Year	

<b>PATIENT EXPOSURE INFORMATION</b>	Y	N	NA
Check ( ✓ ) YES, NO, or NOT APPLICABLE for each question.			
Does your child live in or regularly visit a house built before 1960? This could include a child care center, preschool, or the home of a relative or baby sitter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does your child have a brother, sister, playmate, parent, or housemate with lead poisoning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does your child live with someone who works with lead in either a job or hobby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Examples include:</u>			
Repairing radiators	Soldering Lead	Smelting or casting metals	
Repairing or restoring cars	Stripping or sanding old paint	Welding or using a cutting torch	
Using indoor firing ranges	Glazing pottery or ceramics	Machining or grinding metals	
Remodeling homes	Making stained glass	Manufacturing/recycling batteries	
Refinishing furniture	Using lead weights for fishing		
Demolishing old structures	Casting fishing weights or bullets		
Does your child take any of the home remedies listed below?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azarcon (Alarcón)      Coral      Pay-Loo-Ah      Al Kohl      Liga			
Greta      Ghasard      Bala Gol      Rueda			
Does your child play with toys made in China?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you use ceramic pottery from Mexico or another country for cooking, serving, or storing food or drinks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does your child live with someone who smokes cigarettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>ENTERED INTO CHILDPLUS</b>
<b>BY:</b> _____
<b>DATE:</b> _____

# DOÑA ANA COUNTY HEAD START



<b>QUESTIONARIO SOBRE LOS RIESGOS DEL PLOMO</b>			FECHA: _____
Nombre del Niño _____			
Apellido	Nombre	MI	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____			Centro: _____
Mes	Fecha	Año	

<b>INFORMACIÓN</b>	SI	NO	NA
Marque ( ✓ ) SI, NO, o NO APLICA en cada pregunta.			
¿Su niño(a) vive en o visita alguna casa que fue construida antes de 1960? Puede incluir una guardería infantil o un centro preescolar, casa de niñera o pariente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño(a) tiene una hermana(o), padre o compañero de juego, compañero de casa que padece de envenenamiento de plomo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño(a) vive con alguien que trabaja con plomo ya sea en su trabajo, o como pasatiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Por ejemplo:</u>			
Reparación de radiadores			Fundición de metales
Reparar o restaurar automóviles			Soldadura o uso con torcha para
Usar armas de fuego en campos de tiro			moler o polir metales
Remodelación de casas			Fabricación / reciclaje de baterías
Retocar muebles			
Demolición de estructuras viejas			
Soldar con plomo			
Lijar pintura vieja			
Vidriar alfarería o cerámica			
Fabricación de vitrales de color			
Usar carga de plomo para pescar			
Hacer cargas para pesca o balas			
¿Su niño(a) toma alguno de los remedios caseros que se enumeran a continuación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azarcon (Alarcón)			
Greta			
Coral			
Ghasard			
Pay-Loo-Ah			
Bala Gol			
Al Kohl			
Rueda			
Liga			
¿Juega su niño con juguetes fabricados en China?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa alfarería de cerámica de México o de otro país para cocinar, o servir o para conservar alimentos o bebidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño(a) vive con alguien que fuma cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>ENTERED INTO CHILDPPLUS</b>
BY: _____
DATE: _____