



Cuestionario de Tuberculosis

Nombre de paciente: _____ FDN: _____ La fecha: _____

Padre /guardián , elige sí o no.

1. ¿Su hijo/hija nació fuera de los Estados Unidos? [Si] [No]
2. ¿Tiene una **niñera u ocupadora de la casa** que haya nacido o vivido fuera de los Estados Unidos en los últimos 10 años? [Si] [No]
3. ¿Su hijo/hija ha viajado fuera de los Estados Unidos? Si la respuesta es si, donde y por cuánto tiempo?
4. ¿Su hijo/hija ha tenido un examen de piel para tuberculosis? Si la respuesta es si, Cuando? Resultados: positive o negative?
5. ¿Su hijo/hija ha tenido contacto con alguna persona con resultados positivos en la prueba de tuberculosis? [Si] [No]
6. ¿Su hijo/hija ha tenido contacto con alguien que haya estado en prisión, albergue o casa de ancianos o casa? [Si] [No]
7. ¿Su hijo/hija tiene Baja defensas debido a HIV, medicina o quimioterapia? [Si] [No]
8. ¿Su hijo/hija ha tenido contacto con alguien que usa drogas o alguien que tiene Baja defensas debido a HIV, medicina o quimioterapia? [Si] [No]
9. ¿Su hijo/hija adoptado o ha estado en un centro de adopción? [Si] [No]
10. ¿Usted tiene alguna preocupación que su hijo/ hija puede tener algún síntoma de tuberculosis? [Si] [No]

Cuestionario de Plomo

SI SU HIJO/HIJA TIENE 1, 2 , OR 5 AÑOS ELIGE SÍ OR NO.

[Si] [No]- ¿Recibe beneficios de Medicaid?. (Si sí DEBE tener una prueba de plomo.)

** (Medicaid requiere que todos los niños [que tienen Medicaid] tienen una prueba de plomo a los 12 meses y 24 meses de edad. Los niños entre 24 y 72 meses que no han tenido una prueba de plomo, necesitan tener una prueba)

[Si] [No]- ¿Vive o visita regularmente una casa, preescolar o guardería construida antes de 1950?

[Si] [No]- ¿Vive o visita regularmente una casa no renovada: hogar, preescolar o guardería construida antes de 1978 con pintura descascarada o con renovaciones planificadas?

[Si] [No]- ¿Tiene un hermano/hermana o compañero de juego seguido o tratamiento por intoxicación por plomo?

[Si] [No] – ¿Viven con alguien que trabaja con químico que contiene plomo?

[Si] [No]- ¿Viven cerca de una área de industria pesada, construcción, centro de reciclaje de batería?

[Si] [No]- ¿Hay alguna preocupación acerca de la posible exposición o ingestión al plomo?

HEALTHCARE PROVIDER ONLY: Needs PPD? YES NO Provider signature: _____	HEALTHCARE PROVIDER ONLY: Needs LEAD? YES NO Provider signature: _____
---	--