



Cuestionario de Tuberculosis

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

Padre /guardián , elige sí o no.

Desde la última visita de su hijo(a), ¿su hijo(a):

[Sí] [No] – ¿Ha tenido contacto cercano con alguna persona que tenga tuberculosis (TB) activa o que esté siendo evaluada por tuberculosis?

[Sí] [No] – ¿Ha nacido, vivido o viajado a un país donde la tuberculosis es común y ha tenido un contacto significativo con la población local (por ejemplo, quedarse con familiares, asistir a la escuela o guardería, o vivir en la comunidad en lugar de hacer únicamente turismo) durante un mes o más?

[Sí] [No] – ¿Ha tenido un miembro del hogar o un cuidador que haya nacido en un país donde la tuberculosis es común o que viaje con frecuencia a uno de estos países, o que haya sido diagnosticado con infección por tuberculosis o con enfermedad de tuberculosis?

[Sí] [No] – ¿Ha desarrollado su hijo(a) alguna condición médica o comenzado a tomar algún medicamento que debilita el sistema inmunológico (como quimioterapia para el cáncer, un trasplante de órganos, medicamentos biológicos que modifican el sistema inmunológico o una infección avanzada por el VIH)?

Cuestionario de Plomo

SI SU HIJO/HIJA TIENE 1, 2 , O 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 area de industria pesada, construcción, centro de reciclío 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: _____