

## Cuestionario sobre la exposición a plomo en niños

Cada sección de este cuestionario debe completarse como parte de una respuesta de salud pública para abordar el problema de niños con un nivel elevado de plomo en la sangre o intoxicados con plomo, según lo define la sección 3701-30-01 del Código Revisado de Ohio.

Para obtener más información sobre este formulario, llame al **1-877-LEAD-SAFE (1-877-532-3723)**.

Fecha \_\_\_\_\_

### I. DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
País de nacimiento _____	Origen étnico _____	Raza _____	Número de Medicaid _____
¿Vivió fuera de EE. UU. el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		País _____	Fecha en que se mudó a EE. UU. _____

Otros niños menores de 6 años en el hogar		
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

Dirección actual _____	
Fecha en que se mudó el niño _____	Año de construcción _____ <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Alquilo
Si alquila, ¿recibe algún subsidio? <input type="checkbox"/> Autoridad de vivienda pública <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Otro _____	

Otras direcciones	Fecha de presencia del niño	Fecha de ausencia del niño
_____		
_____		
_____		

Nombre del tutor	Relación	Ocupación	¿Entrevistado/a?
_____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono residencial _____ Teléfono móvil _____		¿Podemos enviarle mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico _____			

## II. POSIBLE EXPOSICIÓN

### A. Trabajo/Pasatiempos

TRABAJO	
<b>¿Alguien que pase tiempo con su hijo/a trabaja con plomo (por ejemplo: fundición, desguace, construcción, industria automotriz, campo de tiro o fabricación)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Quién _____	Ocupación: _____
Fuente de exposición _____	
¿Durante cuánto tiempo esta persona hizo/ha hecho este tipo de trabajo? _____	
¿La persona se cambia la ropa antes de salir del trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona se ducha antes de salir del trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se realizan pruebas de plomo en sangre de rutina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PASATIEMPOS	
<b>¿Alguien que pase tiempo con su hijo/a tiene un pasatiempo en el que pueda haber presencia de plomo (por ejemplo; caza, pesca, desguace, remodelación de casas, campo de tiro, artes o manualidades)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Quién? _____	
¿Con qué frecuencia la persona realiza estas actividades? _____	¿Los pasatiempos se realizan dentro del edificio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En qué consiste este pasatiempo? _____	
Si el pasatiempo se realiza fuera de casa, ¿la persona se cambia la ropa antes de entrar al edificio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La persona se ducha antes de entrar a la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### B. Remedios caseros/Alimentos/Bebidas

<b>¿Su hijo/a usa remedios herbales/ayurvédicos o vitaminas (por ejemplo; cúrcuma, azarcón y greta)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Qué remedio? _____	
Última fecha de ingesta: _____	¿Cuántas veces lo usó el último año? _____
¿En qué cantidad? _____	¿Con qué frecuencia? _____
¿Con qué propósito se le dio el remedio? _____	
<b>¿Hay alguna cerámica importada o hecha a mano en el edificio?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Describe su uso _____	
<b>¿Alguna vez su hijo/a usó alguno de los siguientes cosméticos: Kohl, Kajal, Surma o Sindoor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuánto tiempo (días) los usó? _____	Fecha del último uso _____
¿Cuántas veces los usó el último año? _____	
<b>¿Su hijo/a come o bebe alimentos hechos en otros países?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Comida o bebida</b> _____	
¿El alimento fue comprado en los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde? _____
¿Qué cantidad consumió su hijo/a? _____	Última fecha de ingesta: _____
¿Con qué frecuencia? _____	¿Durante cuánto tiempo? _____

## II. POSIBLE EXPOSICIÓN

### C. Comportamiento

¿Ha visto a su hijo/a comiendo o llevándose a la boca elementos como juguetes, periódicos o revistas? ☐ Sí ☐ No

Especifique \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a se chupa el pulgar o los dedos? ☐ Sí ☐ No

### D. Propiedades frecuentadas

¿Su hijo/a pasa más de 6 horas a la semana fuera de casa? ☐ Sí ☐ No

Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Condiciones del edificio \_\_\_\_\_ Fecha de construcción \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Condiciones del edificio \_\_\_\_\_ Fecha de construcción \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a asiste a una guardería, preescolar o escuela primaria? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la guardería \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Condiciones del edificio \_\_\_\_\_ Fecha de construcción \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Condiciones del edificio \_\_\_\_\_ Fecha de construcción \_\_\_\_\_

### III. PREGUNTAS SOBRE EL MEDIOAMBIENTE

	Dirección actual	Dirección anterior	Centro de cuidado infantil	Escuela	Dirección:
<b>PREGUNTAS SOBRE LA PINTURA</b>					
¿Se ha vuelto a pintar o remodelar recientemente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Hay fragmentos de pintura en las canaletas o los marcos de las ventanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Hay pintura descascarada o desprendida en el interior o en el exterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Hay pintura descascarada o desprendida en una dependencia u otra estructura?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Su hijo/a ha masticado superficies pintadas, ha comido trozos de pintura o ha tocado pintura deteriorada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
<b>PREGUNTAS SOBRE EL SUELO</b>					
¿Hay sectores de tierra en el exterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Su hijo/a ha comido tierra o se la ha metido en la boca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Hay desprendimientos de pintura en el suelo del exterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
<b>PREGUNTAS SOBRE EL AGUA</b>					
¿La propiedad tiene agua de un pozo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Su hijo/a bebe agua del grifo o come alimentos cocinados en esta agua?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
¿Usted usa el agua de manera inmediata?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					
<b>¿ES NECESARIA UNA INVESTIGACIÓN EN EL LUGAR? (SOLO EL INVESTIGADOR PRINCIPAL PARA NIVELES DE PLOMO EN SANGRE ELLEVADOS <math>\geq 10 \mu\text{G/DL}</math>)</b>					
¿Es necesaria una investigación en persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios: _____					

Investigador/a principal de salud pública (en letra de imprenta)

(Firma)

Fecha

**PROPIEDAD EN CUESTIÓN:** \_\_\_\_\_

Nombre del propietario \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

#### IV. EXPOSICIÓN

##### A. Residencial

Enumere a continuación cualquier caso de pintura deteriorada a partir de la visita a la vivienda, incluidas todas las áreas de la casa (p. ej., interior y exterior, porches, terrazas, edificios exteriores y garajes), así como la proximidad a fuentes de plomo fuera del sitio (p. ej., industria, carreteras principales y sitios de construcción).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

##### B. Otras fuentes

**Enumere otras posibles fuentes analizadas (p. ej., muebles antiguos, juguetes y mascotas).**

Describa (incluya el nombre de la marca, si corresponde):

---

---

---

---

---

---

---

Duración del uso o exposición: \_\_\_\_\_

¿Se han analizado estas posibles fuentes? ☐ Sí ☐ No

¿Quién realizó la evaluación? \_\_\_\_\_

## V. INFORMACIÓN MÉDICA/DEL DESARROLLO

### A. Información nutricional

¿Su familia recibe cupones para alimentos (SNAP)? ☐ Sí ☐ No

¿Se realizó una evaluación nutricional de su hijo/a o el niño/a está inscrito/a en el programa WIC? ☐ Sí ☐ No

¿Quién realizó la evaluación? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a está lactando o fue amamantado/a? ☐ Sí ☐ No ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido anemia alguna vez (bajo nivel de hierro)? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha recibido suplementos de hierro? ☐ Sí ☐ No

¿Le preocupa la nutrición de su hijo/a o es el niño/a quisquilloso/a con la comida? ☐ Sí ☐ No

¿Considera que su familia necesita ayuda para obtener alimentos? ☐ Sí ☐ No

### B. Información sobre el desarrollo

¿Su hijo/a se ha sometido a evaluaciones del desarrollo o está inscrito/a en el programa Help Me Grow? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de evaluaciones eran? \_\_\_\_\_

¿Se han identificado retrasos en el desarrollo de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo/a recibe actualmente algún servicio especial (del habla, física u ocupacional)? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de terapia es? \_\_\_\_\_

¿El desarrollo de su hijo/a está progresando como usted esperaba? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es negativa, explique \_\_\_\_\_

**Notas para documentar otros retrasos:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## V. INFORMACIÓN MÉDICA O DEL DESARROLLO

### C. Información médica

¿Quién es el médico de atención primaria (PCP) de su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿Se le ha notificado al PCP? ☐ Sí ☐ No

¿Su familia tiene seguro de salud? ☐ Sí ☐ No Especifique \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a es afiliado/a de Medicaid? ☐ Sí ☐ No Especifique \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene algún otro problema médico (por ejemplo, asma o diabetes)? ☐ Sí ☐ No

Especifique \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido algún síntoma de intoxicación por plomo (dolor de cabeza, dolor de estómago, irritabilidad, etcétera)? ☐ Sí ☐ No

Especifique \_\_\_\_\_

### D. Quelación

¿Su hijo/a ha recibido terapia de quelación? ☐ Sí ☐ No ¿Qué agente quelante se usó? \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a fue internado/a por quelación? ☐ Sí ☐ No

¿Institución? \_\_\_\_\_ ¿Médico? \_\_\_\_\_

### E. Derivaciones

¿Da su consentimiento para que su hijo/a sea evaluado/a por retrasos del desarrollo sin costo para usted? ☐ Sí ☐ No

¿Da su consentimiento para que su caso sea derivado a otros programas? (Marque cada una de las siguientes para indicar todas las respuestas afirmativas)

<input type="checkbox"/> Healthy Start/Families (Medicaid)	<input type="checkbox"/> Help Me Grow	<input type="checkbox"/> Sistema escolar	<input type="checkbox"/> Servicios de descontaminación
<input type="checkbox"/> Programa HEPA	<input type="checkbox"/> Programa WIC	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Programa Head Start
<input type="checkbox"/> Programa BCMH	<input type="checkbox"/> Pruebas de hierro		

Nombre y cargo de la persona que completó el cuestionario (en letra de imprenta)

(Firma)

Fecha