



DOÑA ANA COUNTY HEAD START

LEAD RISK QUESTIONNAIRE	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	

PATIENT EXPOSURE INFORMATION	Y	N	NA
Check (✓) YES, NO, or NOT APPLICABLE for each question.			
1. 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"/>
2. Does your child have a brother, sister, playmate, parent, or housemate with lead poisoning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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			
Repairing or restoring cars			
Using indoor firing ranges			
Remodeling homes			
Refinishing furniture			
Demolishing old structures			
Soldering Lead			
Stripping or sanding old paint			
Glazing pottery or ceramics			
Making stained glass			
Using lead weights for fishing			
Casting fishing weights or bullets			
Smelting or casting metals			
Welding or using a cutting torch			
Machining or grinding metals			
Manufacturing/recycling batteries			
4. 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			
5. Does your child play with toys made in China?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. Does your child live with someone who smokes cigarettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENTERED INTO CHILDPUS
BY: _____
DATE: _____



QUESTIONARIO SOBRE LOS RIESGOS DEL PLOMO FECHA: _____

Nombre del Niño _____
 Apellido Nombre MI

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Centro: _____
 Mes Fecha Año

INFORMACIÓN

Marque (✓) SI, NO, o NO APLICA en cada pregunta. SI NO NA

1. ¿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.

2. ¿Su niño(a) tiene una hermana(o), padre o compañero de juego, compañero de casa que padece de envenenamiento de plomo?

3. ¿Su niño(a) vive con alguien que trabaja con plomo ya sea en su trabajo, o como pasatiempo.

Por ejemplo:

Reparación de radiadores	Soldar con plomo	Fundición de metales
Reparar o restaurar automóviles	Lijar pintura vieja	Soldadura o uso con torcha para moler o polir metales
Usar armas de fuego en campos de tiro	Vidriar alfarería o cerámica	Fabricación / reciclaje de baterías
Remodelación de casas	Fabricación de vitrales de color	
Retocar muebles	Usar carga de plomo para pescar	
Demolición de estructuras viejas	Hacer cargas para pesca o balas	

4. ¿Su niño(a) toma alguno de los remedios caseros que se enumeran a continuación?

Azarcon (Alarcón)	Coral	Pay-Loo-Ah	Al Kohl	Liga
Greta	Ghasard	Bala Gol	Rueda	

5. ¿Juega su niño con juguetes fabricados en China?

6. ¿Usa alfarería de cerámica de México o de otro país para cocinar, o servir o para conservar alimentos o bebidas?

7. ¿Su niño(a) vive con alguien que fuma cigarrillos?

ENTERED INTO CHILDPPLUS

BY: _____

DATE: _____