

Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)

Cuestionario de Detección Temprana

Evaluación sobre riesgo de Plomo (envenenamiento con Plomo):

(En cada visita desde los 6 meses hasta los 6 años)

	fecha						
1. ¿Su niño/a ha vivido o se ha quedado en alguna casa o apartamento que se haya construido antes del 1978? (incluyendo el centro de cuidado, hogar preescolar, casa de la niñera o algún pariente)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿Hay alguien en su casa que haya sido tratado por envenenamiento con Plomo?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿Ha habido renovaciones recientes o se ha pelado la pintura en alguna casa que su hijo/a visite a menudo?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Su niño/a lame, come o mastica cosas que no sean comida? (pedacitos de pintura, tierra, rejas, barrotes, columnas, muebles, juguetes viejos, etc.)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. ¿Hay algún familiar que esté trabajando en una ocupación o pasatiempo donde sea posible que se haya expuesto al plomo? (mecánico de autos, ceramista, pintor comercial, etc.)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Evaluación sobre riesgo de Tuberculosis:

(Empezando en un año y anualmente a partir de esa fecha)

	fecha						
1. ¿ Ha sido su hijo/hija expuesto a una persona con un caso de Tuberculosis o ha alguien con una prueba cutánea de tuberculina positiva?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿ Fue su hijo/hija nacido, o algún miembro en su hogar, en un país de alto-riesgo (países que no sean los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o países de Europa occidentales o del norte)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿ Ha viajado su hijo/hija (tuvo contacto con la población residente) de un país de alto-riesgo por más de una semana?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿ Tiene su niño/a contacto diario con adultos que estén en alto riesgo de tener o contraer tuberculosis (ejemplo: personas con la infección del VIH, vagabundas (homeless), encarceladas, y/o que usen drogas)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. ¿ Tiene su niño la infección del VIH (HIV)? (una respuesta afirmativa a cualquier pregunta indica un posible riesgo)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)

Cuestionario de Detección Temprana

Evaluación de Riesgo de Enfermedad del Corazón/ Enfermedad del Colesterol:

(Desde los 2 años hasta los 20 años)

- | | fecha |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. ¿Hay un historial familiar de padres/abuelos menores de 55 años con ataques al corazón, cirugías, angina o muerte repentina a causa de un ataque al corazón? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 2. ¿El padre o la madre del niño <i>han sido diagnosticados con colesterol alto (240 mg/dL o más alto)</i> ? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |

(Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas dos preguntas indica un riesgo definitivo.)

- | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 3. ¿Está su niño/adolescente sobrepeso? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 4. ¿Hay un historial personal de: | | | | | | | |
| Fumar? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| Falta de actividad física/ejercicios? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| Presión Alta? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| Colesterol Alto? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| Diabetes? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |

(Una respuesta afirmativa en las preguntas 3 y 4 indica riesgo)

Evaluación de riesgo de ETS/VIH:

(Desde los 12 años hasta los 20)

- | | fecha |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o tiene hemofilia? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 2. ¿Han abusado de usted física o sexualmente? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 3. ¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, verrugas venéreas, clamidia, herpes, virus de papiloma humano (HPV))? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 4. ¿Tiene su pareja sexual, tiene usted o tuvo su madre durante el embarazo algún historial de uso de drogas intravenosas? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 5. Si está sexualmente activo/a ¿Ha tenido sexo sin protección con alguien del sexo opuesto/mismo sexo (circule la respuesta apropiada)? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 6. Si está sexualmente activo/a ¿Ha tenido más de una pareja? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |
| 7. ¿Tiene algún tatuaje o perforaciones en las orejas, ombligo, etc. incluyendo cualquiera hecho por sus amigos? | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N | S / N |

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____