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** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**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 cuido, hogar prescolar, 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** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____
1. ¿Ha sido su niño/a expuesto a alguien que tenga tuberculosis (TB)?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
2. ¿Nació su niño/a o algún familiar en un país en dónde la tuberculosis sea común (ejemplo: Africa, Asia, America Latina y el Caribe)?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
3. ¿Ha vivido su niño/a o un familiar, por más de un año, en algún sitio en dónde la tuberculosis sea común?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
4. ¿Tiene su niño/a contacto diario con adultos que esten 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 _____	fecha _____	fecha _____	fecha _____	fecha _____	fecha _____	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 *han sido diagnosticados con colesterol alto (240 mg/dL o más alto)?*	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 _____	fecha _____	fecha _____	fecha _____	fecha _____	fecha _____	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:_____