

LEAD AND TB QUESTIONNAIRE,

Patient Name _____ **DOB** _____

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Abbreviated Lead Exposure Questionnaire/Preguntas de Exposición al Plomo	Yes/No
Has your child been around any home remodeling or houses that are having paint removed? ¿Su hijo/hija estado cerca de alguna casa en remodelacio'n o de casa que se les este' removiendo la pintura?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Does your child eat dirt or chew on paint chips? ¿Su hijo/hija come tierra o mastica a pedasos de pintura?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Does anyone in your family or any friends have high blood levels of lead? ¿Algunas personas in su familia o amigos del familia tiene intoxicado de plomo?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Does your child live or play near buildings with high levels of lead? ¿Su hijo/hija vive or juega cerca edificios con plomo alto?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
In your home, do you use imported or glazed pottery to cook? ¿En su hogar, usted utiliza la cerámica importada o esmaltada al cocinero?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Have any persons living in your home been doing any of the following? (please circle) Algun de su casa ha estado hacienda algo de lo siguiente? (marca por favor) Reloading bullets /Recargar balas Making pottery/Fabricacion de ceramica Mechanic /Mecanico Making stained glass/Vidrieras de colores Re-finishing furniture /Terminado de muebles Going to a firing range/Visita una variedad de tiroteo Welding/Soldadura	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Are you giving your child medicine or foods produced outside of the US? ¿Le esta dando a su hijo/hija medicina o comida hecha afuera de Estado Unidos?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis Exposure Questionnaire/Preguntas de Exposición a la Tuberculosis	Yes/No
Has anyone in your family had tuberculosis? ¿Alguien en su familia ha tenido tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Was your child born in, or has your child visited, another country where there is a lot of TB? If yes, what country? ¿Su hijo/hija nacio en o ha visitado, algun otro pais donde hay much tuberculosis? Si las respuesta es si, ¿que pais?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Has your child even been around an adult who has or is suspected to have TB? ¿Su hijo/hila a estado alguna vez cerca de alguien qui tiene o se sospecha que tiene tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
TB can cause fever lasting a long time, unexplained weight loss, weakness, chest pain, a bad cough, hoarseness, or coughing up blood. La tuberculosis puede causar fiebre que dura mucho tiempo, perdid de peso inexplicable, debilidad, dolor de pecho, mala tos, ronquera o toser sangre. a) Has your child been around anyone who has these problems? ¿Su hijo/hija ha estado cerca de alguien que tenga estos problemas? b) Has your child had any of these problems? ¿Su hijo/hija ha tenido alguno de estos problemas?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Has your child had contact with anyone who is or has been: ¿Su hijo/hija ha tenido contacto con alguien que es o ha: a) An intravenous (IV) drug user? Utilizado drogas inyectadas(intravenosa)? b) HIV infected or has AIDS? Sido infectado por el HIV o tiene SIDA? c) In jail or prison? Estado en la carcel o prison? d) Recently moved to the US from another country? Cambiado de domicilio de otro pais a los Estrados Unido recientesente?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No