

# 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 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, rejillas, barrotos, 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 donde 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 donde 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

<b>Evaluación de Riesgo de Enfermedad del Corazón/ Enfermedad del Colesterol:</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>
<i>(Desde los 2 años hasta los 20 años)</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
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
<b><i>(Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas dos preguntas indica un riesgo definitivo.)</i></b>							
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:	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
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
<b><i>(Una respuesta afirmativa en las preguntas 3 y 4 indica riesgo)</i></b>							
<b>Evaluación de riesgo de ETS/VIH:</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>	<b>fecha</b>
<i>(Desde los 12 años hasta los 20)</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
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: \_\_\_\_\_