

## Developmental Screening

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*Si usted es un padre llenando este cuestionario para el paciente, por favor pregunte al paciente las preguntas y documentar su respuesta. Este cuestionario debe ser completado antes de que el paciente pueda ser visto por un proveedor. Rellene las preguntas en la caja. Por favor no deje ninguna pregunta sin respuesta.

### Circula Su Respuesta

#### Comunicacion

1. Usted lo encuentra dificil para escuchar(oir)? Si / No
2. Usted lo encuentra dificil para mirar(ver)? Si / No
3. Usted lo encuentra dificil para comunicarse con otros? Si / No

#### Health

4. Usted le gusta banarse? Si / No
5. Cuantas veces al dia se cepilla los dientes? 1 2 3 Mas
6. Cuantas comidas suele comer todos los días? 1 2 3 Mas

7. Que piensa usted sobre el alcohol?  
**Malo para todos      OK para los adultos      OK para todos**
8. Que piensa usted sobre el fumar?  
**Malo para todos      OK para los adultos      OK para todos**
9. Que piensa usted sobre las drogas?  
**Malo para todos      OK para los adultos      OK para todos**

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Lead Risk Assessment**

1. Su niño(a) vive o visita casa o apto que ha sido construido antes del año 1978? **Si / No**
2. Su niño(a) vive o visita casa o apto que ha sido remodelada o han removido pintura? **Si / No**
3. Su niño(a) vive o visita con frecuencia a alguien que tenga o haya tenido el nivel del plomo en la sangre elevado? **Si / No**
4. Su niño(a) vive con algún adulto que trabaje o este expuesto al plomo? **Si / No**
5. Su niño(a) come o mastica productos relacionados con pinturas o tierra? **Si / No**
6. Su niño(a) vive cerca de una planta de reciclaje de baterías u otra industria que suelte plomo? **Si / No**
7. Su niño(a) recibe medicinas como Greta, Azarcon, Kohl o Pay-loo-ay? **Si / No**

**Evaluación de riesgo de tuberculosis (TB)**

Marque con un círculo Sí o No.

1. ¿El niño presenta algún síntoma de TB (tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida del apetito, pérdida de peso o fatiga) o una radiografía de tórax anormal? **Si / No**
2. ¿El niño ha permanecido en contacto directo con alguna persona que padece tuberculosis activa? **Si / No**
3. ¿El niño nació fuera de los Estados Unidos o viajó fuera de los Estados Unidos? **Si / No**
4. ¿El niño convive con algún miembro del hogar que haya nacido fuera de los Estados Unidos o que haya viajado fuera de los Estados Unidos? **Si / No**
5. ¿El niño está expuesto a alguna persona que
  - Se encuentre actualmente en prisión o que haya pasado los últimos cinco años en prisión? **Si / No**
  - Padezca VIH?
  - No posea hogar?
  - Viva en un hogar comunitario?
  - Consuma drogas ilegales?
  - Sea un trabajador agrícola migrante?
6. ¿El niño padece VIH, corre el riesgo de padecer VIH o cualquier otro tipo de problema de salud que debilite el sistema inmunológico? **Si / No**
7. ¿El niño/adolescente está en prisión o alguna vez estuvo en prisión? **Si / No**

Evaluación de la hemoglobina

1. Tiene su hijo(a) historia de prematuridad o bajo peso al nacer? **Si / No**
2. Tiene su hijo(a) alguna problema de alimentación y/o aumento repentino de peso o pérdida de peso? **Si / No**
3. Tiene su hijo(a) alguna enfermedad crónica o pérdida de sangre importante? **Si / No**