

FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Cuestionario para Investigación de Niños con Niveles Elevados de Plomo en la Sangre

Investigación Ambiental – Información General

Fecha de la Investigación: ____ / ____ / ____		Nombre del Investigador:		Departamento/ Distrito de Salud:	
Hora de Inicio de la Entrevista: _____			Entrevista Realizada: <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Por Teléfono		
Hora Final de la Entrevista: _____			¿Estaba el niño en la entrevista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la Persona Entrevistada:			Relación con el Niño:		
Dirección del Domicilio: (# de Unidad o Apt.)					
¿Está la dirección en un área de alto riesgo? (Por ej., vecindario anterior a 1950 en una ciudad o viviendas antiguas de fábricas en una localidad rural?) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Aproximadamente, qué año fue construida esta vivienda? _____.					
Tipo de Vivienda		De una familia <input type="checkbox"/> Multi-unidades <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Información de Propiedad		Si se desconoce, ¿la vivienda fue construida antes de 1978? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es de renta, ¿hay algún subsidio de renta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de subsidio? Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Asistencia de Renta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Información del Propietario de la Vivienda		Nombre del Propietario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____			

Información General del Niño/a

Nombre del Primer Niño/a (Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/>	
¿Está este niño/a actualmente inscrito o asistiendo a clases o programas de Educación Especial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre del Segundo Niño/a (Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/>	
¿Está este niño/a actualmente inscrito o asistiendo a clases o programas de Educación Especial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre del Tercer Niño/a (Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/>	
¿Está este niño/a actualmente inscrito o asistiendo a clases o programas de Educación Especial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Raza	Nativo Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano /Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Ethnicity	Hispano <input type="checkbox"/> no Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Dirección Actual del Niño/a/os	(Si es diferente a la dirección bajo investigación)
Información del Padre o Guardián	Nombre de la Madre: _____ Dirección Actual: _____ # de Teléfono: _____ (casa) _____ (móvil) Idioma Hablado: _____ Hispano: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si respondió sí: Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Nombre del Padre: _____ Dirección Actual: _____ Idioma Hablado: _____ Hispano: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si respondió sí: Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>

Otros Niños Viviendo en La Residencia – Información General

Complete la siguiente table para todos los niños de 15 años o menores, viviendo en la residencia bajo investigación.

Nombre del Niño/a	Fecha de Nacimiento	Sexo	Prueba y Nivel de Plomo en la sangre más reciente	¿Este niño ha tenido alguna vez envenenamiento por plomo (≥ 5 $\mu\text{g/dL}$)?

Seguimiento: Si otros niños han vivido en la residencia y no se les ha hecho la prueba de sangre venosa, pida que se les haga la prueba lo más pronto posible.

Información del Seguro y Proveedor Médico del Niño/a

Clínica/ Agencia/ Médico Primario Proveyendo la Prueba de Plomo	Nombre del Proveedor/ Médico Primario (PCP): _____
	Dirección: _____
	# de Teléfono: _____
Información del Seguro	Nombre de la Aseguradora: _____ ¿Es el niño/a beneficiario de Medicaid?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿El proveedor o médico primario compartió algún consejo o material educativo con los padres o guardianes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Fue la información recibida en un idioma que los padres o guardianes pudieron leer?

Sí No

Estatus Médico del Niño/a

Estatus de Quelación de Todos los Niños Identificados

¿Está el niño/s actualmente recibiendo quelación?

1er niño Sí No
2do niño Sí No
3er niño Sí No

Si la respuesta es no, vaya a la sección de Estatus de Prueba más abajo

Si la respuesta es sí *, ¿se está realizando la quelación como paciente interno o externo?
Paciente internado
Paciente externo

*Asegúrese de completar la columna adyacente

Paciente Internado

a) Fecha de Alta Programada ___ / ___ / ___

b) ¿Dónde irá el niño/s después de darle(s) de alta?

c) ¿Qué pasos se tomaron para que este lugar esté libre de plomo?

d) Se debe evaluar los peligros de plomo y realizar medidas de control internas para implementar **antes** del alta hospitalaria. ¿Ocurrió esto?
Sí No

Paciente Externo

a) ¿Dónde estuvo el niño/s residiendo durante el tratamiento?

Dirección: _____

b) ¿Qué pasos se realizaron para determinar que este lugar esté libre de plomo?

c) Se debe evaluar los peligros de plomo y realizar medidas de control internas para implementar **antes** del alta hospitalaria. ¿Ocurrió esto?
Sí No

***Si la respuesta es no, el tratamiento no puede empezar. Será necesario reubicarlo temporalmente a un entorno seguro contra el plomo; discuta con el Centro Regional del Tratamiento del Plomo.**

Estatus de la Prueba

1) ¿Cuándo es la próxima cita del niño/s para la prueba de sangre?

1er niño: ___ / ___ / ___ 2do niño: ___ / ___ / ___ 3er niño: ___ / ___ / ___

Provea orientación sobre cuándo se debe realizar otra prueba al niño si los padres no están seguros de la información.

Calendario de Seguimiento para Prueba de Plomo a Niños con un Nivel Confirmado de Plomo en la Sangre (venosa)	
Menos de 3.5 µg/dL	No requiere prueba de seguimiento
3.5 a 9.9 µg/dL	3 meses
10 a 19.9 µg/dL	1 a 3 meses
20 a 44.9 µg/dL	2 semanas a 1 mes
Más o igual a 45 µg/dL	Tan pronto sea posible

2) Si el Proveedor de Cuidado de Salud no ha recomendado otra prueba de diagnóstico:

- Educar al proveedor sobre de los requerimientos de pruebas de plomo en CT. Fecha: _____
- Informar al proveedor de cuidado de salud que los Estándares de Calidad de la Academia Americana de Pediatría siguen los requerimientos de prueba de plomo en CT.

Síntomas Reportados en Niños	<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Pérdida de Peso
	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Repentino cambio de comportamiento	
	<input type="checkbox"/> Dificultad al concentrarse	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Cansancio	
	<input type="checkbox"/> Dificultad al dormir	<input type="checkbox"/> Andar ttambaleante (desbalanceado)		<input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones
	<input type="checkbox"/> Poca coordinación	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular		
	<input type="checkbox"/> Otro: _____			
<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores				

Información e Historia de la Residencia

1) ¿Dónde piensa que su niño (s) ha sido expuesto a riesgo de plomo?

2) ¿Cuándo se mudó su familia a su residencia actual?

Complete la siguiente información para cada dirección donde el niño ha vivido durante los **últimos 12 meses**:

Fechas en la Vivienda	Dirección (incluir ciudad y estado)	Tiempo estimado viviendo ahí	Condición general de la vivienda: ¿Había pintura deteriorada? ¿Alguna remodelación o renovación?

3) ¿Se ha cuidado al niño en otros lugares aparte de su casa (incluir guardería, centro de cuidado de niños, guardería familiar de un pariente o amigo?)
Sí No

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Tipo de Cuidado	Nombre del contacto, dirección y teléfono	Horas por semana	Condición general de la vivienda: ¿Había pintura deteriorada? ¿Alguna remodelación o renovación?

4) ¿Tiene el Estado o Departamento de Salud Local algún registro de previos casos de niños con niveles elevados de plomo en su sangre, en la dirección primaria del niño?
Sí No Si la respuesta es sí, especificar: _____

Comportamiento del Niño

	1er niño		2do niño		3er niño	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1) ¿El niño se chupa el dedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿El niño pone objetos pintados en su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, especificar: _____						
3) ¿El niño mastica superficies pintadas, como cunas antiguas, bordes de ventanas, bordes de puertas, barandas, mangos de puerta o palos de escoba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, especificar: _____						
4) ¿El niño muerde los selladores de vidrio de las ventanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿El niño se mete objetos blandos en la boca (por ej., juguetes de plomo y/o estaño, joyas, balas, piedras, plumadas de pesca, llaves, cables de teléfono, o cualquier artículo que tenga soldadura (electrónicos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, especificar: _____						
6) ¿El niño mastica o come pedacitos de pintura o las obtiene de superficies pintadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está la pintura intacta en las áreas donde juega el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿El niño ha metido a su boca material impreso como periódicos o revistas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, especificar: _____						
8) ¿Ha jugado el niño con cosméticos, preparaciones de cabello, o polvo de talco que ha metido a su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son algunos de estos productos fabricados en el extranjero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿El niño tiene una taza favorita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El niño tiene un utensilio favorito para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió sí, ¿son hechos a mano o de cerámica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿La familia quema velas con mechas de metal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ¿La familia tiene perro, gato, u otra mascota que traiga tierra o polvo de suelo contaminado de afuera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Si hay niños presentes durante la entrevista o investigación, nótese el comportamiento de las manos a la boca.	_____ _____ _____					
Evaluaciones y Acciones:						
¿El niño está en riesgo por su conducta de manos a boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El niño está en riesgo de ingerir por la boca, sustancias conteniendo plomo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió sí, especificar: _____						
¿El niño está en riesgo de otros peligros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió sí, especificar: _____						
¿Se le dio asesoría a la familia para limitar acceso a posibles peligros o el uso de posibles artículos peligrosos como se detalló arriba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si dijo sí, especificar: _____						
Otros (especificar): _____						

Peligros con Pintura a Base de Plomo y Polvo de Plomo

1) ¿Se ha realizado alguna repintada, remodelación, renovación, eliminación de plomo, reemplazo de ventanas, lijado, o raspado de superficies pintadas dentro o fuera de esta residencia en los últimos 6 meses? Sí No

Si respondió sí, provea fechas y describa actividades y duración del trabajo con más detalle: _____

2) ¿Se ha evaluado la residencia para detectar pintura a base de plomo o polvo de plomo? Sí No

Si respondió sí, ¿cuándo? _____

Si no, vaya a la pregunta 4

3) Si se ha hecho una previa evaluación de polvo de plomo, ese polvo excedió los estándares? Sí No

Si respondió sí, ¿dónde se localizó el peligro? _____

¿Se corrigió el peligro de plomo? Sí No

Si respondió sí, ¿cuándo? _____

4) ¿Dónde juegan, se esconden o pasan tiempo los niños? Incluya habitaciones, closets, porches.

¿Área donde los niños juegan, se esconden, o pasan el tiempo?	Condición de la pintura (intacta, deteriorada o no presente) *	Lugares de cualquier componente de plomo con marcas de mordedura visibles

* **Condición de la Pintura** – note el lugar y el alcance de cualquier astilla de pintura y/o polvo de marcos de ventanas, o repisas de ventanas, o en el piso debajo de las ventanas. ¿Has visto pintura pelada, descascarada, deteriorada? Si respondes sí, detalla la locación o alcance y deterioración.

Evaluaciones y Acciones:

¿Posibles peligro de pintura a base de plomo? Sí No

Si respondió sí, especificar: _____

¿Posible peligro de polvo de plomo? Sí No

Si respondió sí, especifique dónde: _____

Si es posible, obtenga registros de previas pruebas ambientales detalladas arriba (C.2) Sí No

Si respondió no, especifique por qué: _____

Peligro de Plomo en el Agua

1) ¿Cuál es la fuente(s) de agua potable para su familia?

Suministro de Agua Pública Pozo Privado Agua Embotellada

2) ¿De qué grifo (s) toma la familia agua potable o agua para enfriar o preparar comidas?

3) ¿La familia usa el agua inmediatamente o deja correr el agua antes de usarla?

4) ¿Se usa el agua de grifo para preparar leche de fórmula, leche en polvo o jugos para los niños? Sí No

Si respondió sí, ¿la familia usa agua fría o caliente? _____

Si no, que fuente (s) tiene la familia para obtener agua para los niños?

5) ¿Tienen nueva cañería instalada en los últimos 5 años? Sí No

Si respondió sí, identificar lugar (es): _____

¿Hicieron los padres o guardianes algún trabajo ellos mismos? Sí No

Si respondió sí, especificar: _____

6) ¿Se ha evaluado el agua para detectar si tiene plomo? Sí No

Si respondió sí, dónde se pueden obtener estos resultados: _____

Evaluaciones y Acciones:

¿Está el niño en peligro por agua contaminada con plomo? Sí No

Se requiere pruebas para detectar agua en el plomo (primer chorro de agua y muestras de agua desechada)

Lugar y fecha de las muestras tomadas: _____

Se aconsejó a la familia con métodos para reducir posible presencia de plomo en agua. Fecha: _____

Especificar: _____

Peligro de Plomo en el Suelo

1) ¿Dónde juegan, se esconden o pasan el tiempo los niños afuera?

2) ¿Hay pintura deteriorada en cualquier estructura o componente exterior (pore j., rejas, porches, garajes)? Sí No
Si respondió sí, detalle el lugar.

3) ¿Hay pedacitos de pintura visibles cerca al perímetro de la casa, rejas, garaje y estructuras de juego? Sí No
Si respondió sí, detalle el lugar.

4) ¿Está la residencia cerca a una fábrica que usa plomo (planta de baterías, reparación de radiadores, electrónicos)?
Sí No
Si respondió sí, detalle el lugar.

5) ¿Está la residencia localizada dentro de 2 bloques de una carretera o autopista? Sí No
Si respondió sí, especificar.

6) ¿Hay edificios o estructuras siendo renovadas, reparadas o demolidas? Sí No
Si respondió sí, detalle lugar y actividad.

7) ¿Se ha usado gasolina u otros disolventes para limpiar partes de la propiedad?
Sí No No se sabe

8) ¿Se ha evaluado el suelo para detectar plomo? Sí No
Si respondió sí, ¿dónde se puede obtener esta información?

9) ¿Se ha quemado madera pintada en horno de leña o chimenea? Sí No
Si respondió sí, ¿ha echado las cenizas al suelo? Sí No
Si respondió sí, ¿dónde?

Evaluaciones y Acciones:

Posible peligro de plomo en el suelo. Sí No

Se debe evaluar las áreas expuestas a suelo directo (especialmente áreas de drenaje y juegos. Sí No

Se han recolectado muestras Sí No
Si respondió no, especificar por qué.

Se asesoró a la familia de mantener a los niños lejos del suelo directo donde se presume que está el riesgo.
Sí No Fecha: _____

Otros Factores de Riesgo en el Hogar

1) ¿Hay cosméticos importados en la casa, como Kohl, Surma, Henna, or Ceruse? Sí No

Si respondió sí, detalle qué tipo (s):

2) ¿Usa la familia algunos remedios caseros o tratamientos de hierbas como Azarcon, Litargirio, Bebetina, Pay-loo-ah, Chyawan Prash, Kohl o Greta? Sí No

Si respondió sí, detalle qué tipo (s):

3) ¿La familia ha comprado o los niños juegan con regalos como juguetes, joyas, etc, que han sido retirados del mercado por la Comisión de Seguridad de Protección al Consumidor (CPSC) que contienen plomo? Sí No

<https://www.cpsc.gov/> (Inglés)

<https://www.cpsc.gov/es/SeguridadConsumidor> (Español)

4) ¿Se almacenan las bebidas o productos líquidos en recipientes de metal, petrel o cristal? Sí No

Si respondió sí, detalle qué tipo (s):

5) ¿Que recipientes se usan para preparar, servir o almacenar la comida del niño?

¿Algunos son de metal, soldados o esmaltados? Sí No

¿La familia cocina o utiliza productos de cerámica? Sí No

Si respondió sí, especificar:

6) ¿La familia cocina con productos importados de forma regular? Sí No

Si respondió sí, especificar:

7) ¿El niño jueva, vive o tiene acceso a áreas donde se guardan los siguientes materiales: goma laca, lacas, tintes, pigmentos colorantes, resinas de epoxy, selladores para tuberías, tintes para masilla, crayones o marcadores industriales, gasolina, pinturas, pesticidas, fungicidas, aceite para engranajes, detergentes, baterías domésticas o de vehículos de motor usadas, carcasas de baterías, plumadas de pesca, soldadura o pesos de cortina? Sí No

Evaluaciones y Acciones:

Posible riesgo aumentado de exposición al plomo por:

Familia asesorada sobre productos que pueden ser fuentes potenciales de exposición al plomo (especificar)

Especificar otras acciones:

Prácticas Actuales de Limpieza en el Hogar

1) ¿Qué equipo de limpieza tiene la familia en el hogar?

- Trapeador y balde
 Aspiradora **sin filtro HEPA**
 Aspiradora **con filtro HEPA**
 Escoba
 Esponjas y trapos
 Otros: _____

2) ¿Cuán seguido limpia la familia?

¿Barren los pisos? _____

¿Trapean los pisos? _____

¿Aspiran los pisos? _____

¿Lavan los techos de las ventanas? _____

3) ¿Los pisos están suaves y limpios? Sí No

¿Qué tipo de coberturas de piso se encuentran en la vivienda (*Marque todas si aplica*)

- Vinil/linóleo
 Alfombra/tapiz
 Madera
 Otro (especificar): _____

4) Limpieza de la vivienda:

Marque con un círculo el estatus de la limpieza (A, B, C) basado en las observaciones en la vivienda y llene la sección de evaluaciones y acciones.

A. Parece limpio.

Sin polvo visible en la mayoría de las superficies.
No hay escombros o restos de comida
Pocas telarañas visibles

No hay alfombras apelmazadas o sucias
Evidencia de uso reciente de aspiradora en la alfombra
Marcos de puerta limpios

B. Alguna evidencia de limpieza.

Acumulación ligera de polvo en las esquinas
Algunos escombros o restos de comida
Acumulación ligera de polvo en los muebles
Piso de la cocina ligeramente sucio

Alfombra ligeramente apelmazada o sucia
Marcos de puerta ligeramente sucios
Algunas telarañas visibles

C. No hay evidencia de limpieza.

Acumulación pesada de polvo en las esquinas
Escombros o restos de comida
Acumulación pesada de polvo en los muebles
Piso de cocina muy sucio

Alfombras apelmazadas o sucias
Marcos de puerta muy sucios
Telarañas visibles

Evaluaciones y Acciones:

¿Es adecuado el equipo de limpieza? Sí No

¿Son los pisos adecuados para mantener un ambiente limpio? Sí No

Se aconsejó a los padres sobre una limpieza adecuada para reducir la exposición a restos de plomo. Sí No

Se aconsejó sobre el equipo adecuado para hacer limpieza Sí No

Si respondió sí, especificar:

Se instruyó a la familia sobre métodos especiales de limpieza. Sí No

Si respondió sí, especificar:

Se necesita tratamiento para pisos. Sí No

Si respondió sí, especificar:

Peligro de Plomo por Trabajo, Actividades Hechas por Uno Mismo y Pasatiempos

Use la información de esta sección para determinar si la fuente de exposición de plomo en el niño (s) puede estar relacionada al ambiente laboral de los padres, hermanos mayores u otros adultos, a actividades creadas por ellos mismos, o a pasatiempos.

Las ocupaciones laborales, actividades creadas, o pasatiempos pueden causar exposición a plomo. Incluya lo siguiente: **detalle el nombre, relación con los padres y lugar del pasatiempo.**

Ocupaciones de los Miembros del Hogar(O)	Ocupación y Lugar	Pasatiempo (Hobbies-H) y Lugar
Adulto 1:		
Adulto 2:		
Adulto 3:		
Adulto 4:		
Adulto 5:		

Actividad	Adulto 1	Adulto 2	Adulto 3	Adulto 4	Adulto 5
Fabricación y recarga de municiones	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Reparación de automóviles	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Construcción, reparación o pintado de botes	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Empalme o recuperación de cables	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Planta química, fábrica de vidrios o refinería de aceite	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Soldadura eléctrica, reparación de radios, u otro equipo	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Campo de tiro	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Pesca o caza	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Producción y reparación de joyería	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Trabajador o supervisor de métodos de eliminación de plomo	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Fusión de metal para reutilización o fundición de metal	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Remoción de pintura, decapado químico o repintado de edificios o estructuras	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Plomería	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H

Fabricación de cerámica	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Reparación de radiadores	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Remodelación, reparación, renovación o demolición de edificios comerciales o estructuras	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Recuperación de metal o baterías	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Reparación o producción de vidrio	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H
Soldadura, quemado, o trabajo con soplete	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H

1) ¿Las ropas de trabajo se dejan en el trabajo? Sí No

¿Las ropas de trabajo se lavan separadas de la otra ropa? Sí No

2) ¿Es su vehículo familiar usado para actividades de trabajo? Sí No

3) ¿Hay evidencia de exposición al plomo en la vivienda, del trabajo a la casa o por pasatiempos? Sí No

Evaluaciones y Acciones:

Posible exposición al plomo por actividades. Sí No

Si respondió sí, ¿se recomendó una prueba de sangre para detectar plomo? Sí No

Posible exposición al plomo por pasatiempos. Sí No

Si respondió sí, ¿se recomendó parar con la actividad de pasatiempo? Sí No

Se aconsejó a familia el limitar las actividades ocupaciones y pasatiempos por exposición al plomo Sí No

Si respondió sí, especificar

Material Educativo

1) ¿El padre o guardian recibió el paquete educativo estandar del departamento de salud local?

Sí No

Si respondió no, ¿por qué?

2) ¿El material educativo está en un idioma que el padre o guardián puede entender?

Sí No

Si respondió no, ¿qué hizo usted?

3) ¿El padre o guardian revisó el material? Sí No

Si respondió sí, detalle los materiales que se entregó:

Si respondió no, ¿por qué?

4) ¿El padre o guardián comprendió el material educativo después de su revisión?

Sí No

Si respondió no, ¿qué hizo usted?

Servicio Social y Otros Referidos de Agencia

1) ¿El niño ha sido referido por su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) a un centro de tratamiento de plomo regional?

Sí No

Si respondió no, ¿por qué?

2) ¿Tiene información que podría ayudar al PCP para que le haga seguimiento al niño?

Sí No

Fecha contactado: _____

Información entregada: _____

3) ¿Son las condiciones de la casa un indicativo para un referido al Departamento de Niños y Familias (DCF) Sí No

Si respondió sí, y para hacer un reporte de negligencia o abuso infantil, llamar a la línea de DCF, 1-800-842-2288

[Formulario DCF-136 – Reporte de Sospecha de Negligencia o Abuso Infantil](#)

4) **Referido de WIC** – Alimentos nutritivos y asistencia en educación nutricional para mujeres embarazadas elegibles, mujeres en postparto hasta los 6 meses, mujeres dando de lactar hasta el año después del nacimiento, infantes y niños hasta las 5 años.

¿Es necesario un referido? Sí No

Si respondió sí, provea al número local de la línea de información 211.

5) **Early Head Start/Head Start** – Early Head Start/Head Start es un programa de desarrollo infantil para familias de bajos ingresos. Cada programa de Early Head Start/Head Start es responsable de determinar su propio criterio de elegibilidad. El ingreso de la familia es un factor clave para determinar la elegibilidad. Los programas de Early Head Start son para niños de edades de 0 a 3 años. Los programas de Head Start son para niños de 3 a 5 años de edad.

¿Es necesario un referido? Sí No

Si respondió sí, provea el número local de la línea de información 211.

6) **Sin Seguro de Salud /Asegurado bajo HUSKY** – El plan de salud de los niños de Connecticut provee cuidado y manejo de la salud, incluyendo cuidado dental, de visión y de comportamiento para niños de 0 a 18 años. El programa HUSKY está administrado por el Departamento de Servicios Sociales de CT.

¿Es necesario un referido? Sí No

Si respondió sí, provea el número local de la línea de información 211.

7) **Birth to Three** – El sistema Birth to Three es un programa para niños hasta los 3 años que han tenido retrasos o discapacidades. Si el nivel de plomo en el niños es de 10 µg/dL o más, ellos son automáticamente elegibles para los servicios. Si es por debajo de 10 µg/dL pero la familia está preocupada por el aprendizaje del niño, una evaluación gratis sobre su desarrollo determinará elegibilidad.

¿El padre o guardian desea una evaluación de desarrollo gratis para su hijo (s)? Sí No

Si respondió sí, pídale al padre llamar a la Línea de Desarrollo del Niño (CDI) al 1-800-505-7000 mientras esperas.

8) Si hay fuentes de financiamiento para eliminación de plomo en la ciudad donde la residencia está localizada, se le ha dado esta información al dueño de la propiedad?

Sí No No Disponible

Si respondió sí, detalle la fecha que se le dio la información y la fecha del posible financiamiento.

Medidas de Control Interno para Prevenir Futura Exposición al Plomo en la Familia y los Niños

Dirección de la Propiedad:

Fecha (s) de Inspección:

Relocalización Inmediata de ¹:

Niño

Familia Entera

No es necesaria la Relocalización Inmediata

Fecha de Relocalización:

Dirección de la Relocalización:

Detallar medidas para asegurar que la dirección para relocalización es libre de plomo (ej., prueba XRF, tomar muestras de polvo, inspecciones, etc):

Medidas de Control interno implementadas en la Residencia primaria.

Dejar correr el agua del grifo antes de usarla

Prevenir que rastros del suelo de afuera entren al hogar

Prohibir o limitar los trabajos o pasatiempos riesgosos

Limitar acceso a porches, suelo, ventanas, etc

Usar aspiradora HEPA

Limpieza húmeda de pisos y Ventanas

Otros

Luego explique quien implementó las medidas y los lugares específicos relacionadas a cada casilla (s):

Relocalización temporal SÓLO durante la eliminación de plomo ¹

Fecha de Relocalización:

Dirección de la Relocalización:

Detallar medidas para asegurar que la dirección para relocalización es libre de plomo (ej., prueba XRF, tomar muestras de polvo, inspecciones, etc):

No es necesaria la relocalización durante el proceso de eliminación de plomo ¹

Detallar medidas para asegurar que la eliminación de plomo pueda realizarse de manera segura mientras hay ocupantes y que el acceso a las amenidades requeridas se mantengan a través del término del proyecto de eliminación de plomo:

¹ Según CGS §19a-111: “El director de salud local puede permitir ocupar la residencia durante el proceso de eliminación de plomo de acuerdo a su juicio, y que no signifique un atentado a la salud y bienestar de los ocupantes”.

Use este espacio para documentar los intentos de contacto (ej., llamadas, visitas a la casa y cartas enviadas) y cualquier otra clase de investigación (ej., discusiones con proveedores de salud, agencias de servicio social u otros individuos).