

Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)
Cuestionario de Detección Temprana

Evaluación sobre riesgo de Plomo (envenenamiento con Plomo):	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha
<i>(En cada visita desde los 6 meses hasta los 6 años)</i>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
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. ¿ Ha vivido su hijo alguna vez fuera de los Estados Unidos o acaba de llegar de un país extranjero?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
3. ¿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
4. ¿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
5. ¿Su niño/a lame, come o mastica cosas que no sean comida? (pedacitos de pintura, tierra, rejas, barrotos, columnas, muebles, juguetes viejos, etc.)	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
6. ¿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
7. ¿Su familia usa productos de otros países tales como remedios para la salud, remedios tradicionales, especias, cosméticos u otros productos enlatados or envasados or envasados de los Estados Unidos? ¿O conserva o sirve alimentos en vidrio emplomado, cerámica or peltre? Ejemplos: Cerámica vidriada, Greta, Azarcón (Reda, Coral, Liga), Ligargirio, Surma, Kohl (Al kohl), Pay-loo-ah, medicina ayurvédica, Ghassard.	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N

Evaluación sobre riesgo de Tuberculosis:	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha
<i>(Empezando en un mes, seis meses, y un año y anualmente a partir de esa fecha)</i>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
1. ¿Ha sido su niño/a expuesto a alguien que tenga tuberculosis (TB) o una prueba cutánea positiva de tuberculina o recibido una vacuna contra la tuberculosis?	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: África, Asia, América 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 estén 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

Detección de anemia	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha
<i>(A partir de 11 años de edad y anualmente en lo sucesivo)</i>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
1. (hombres y mujeres) ¿Incluye su dieta alimentos abundantes en hierro como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
2. (hombres y mujeres) ¿Ha sido diagnosticado alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
3. (sólo mujeres) ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otras pérdidas de sangre?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
4. (sólo mujeres) ¿Dura su periodo menstrual más de 5 días?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
<i>(Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas dos preguntas indica un riesgo definitivo.)</i>							
Evaluación de Riesgo de Enfermedad del Corazón/ Enfermedad del Colesterol:	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha
<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
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
<i>(Una respuesta afirmativa en las preguntas 3 y 4 indica riesgo)</i>	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha
Evaluación de riesgo de ETS/VIH: (Desde los 12 años hasta los 20)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
1. ¿Eres sexualmente activo?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
2. ¿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
3. ¿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
4. ¿Han abusado de usted física o sexualmente?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
5. ¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis,							

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)

Cuestionario de Detección Temprana

verrugas venéreas, clamidia, herpes, virus de papiloma humano (HPV)?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
6. ¿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
7. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o tiene hemofilia?	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
. ¿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

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____