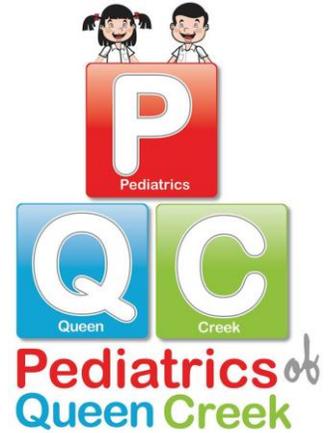


QUESTIONARIO DE PLOMO



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre de Persona completando cuestionario _____ Relacion del Paciente
--

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. ESTO LE VA AYUDAR A LAS DOCTORAS DECIDIR SI SU NINO O NINA NECESITA UN ORDEN ESPECIAL DE SANGRE.

	SI	NO
1. Su niño o niña vive en o regularmente visita una casa con pintura que se despega o esta despegando <u>construyida antes del año 1960?</u> Esto puede incluir guarderia, pres escolar, la casa de una ninera, o familiar, etc.	---	---
2. Su niño o niña vive o visita regularmente una casa construyida antes del año 1960 con renovacion or reconstruccion?	---	---
3. Su niño o niña tiene un hermano o hermana, amigo o amiga con tratamientos para plomo?	---	---
4. Su niño o niña vive con un adulto o frecuentemente se contacta con un adulto cual su trabajo se involucra exposicion a plomo? (Construccion, soldadura, ceramica, fundacion de laton/cobre, taller de automoviles)	---	---
5. Su niño o niña come comida o toma jugo que viene guardado en ceramic de Mexico o que an estado guardados en lata abrietas, particularmente si las latas estan importadas?	---	---
6. Su niño o niña vive cerca de un lugar que produce plomo o cosas conteniedo plomo?	---	---
7. Usted da a su niño o niña medicina tradicional que pueda contener plomo?	---	---
8. Su niño o niña vive cerca de una calletera principal que pueda contener plomo?	---	---

9. Su casa tiene plomeria que tiene pipas de plomo o de cobre? --- ---

10. Usted tiene pregunats sobre este cuestionario para su doctora? --- ---