

PROGRAMA DE NIÑOS SALUDABLES DE MARYLAND

Cuestionario de Evaluación Preventiva

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN DE ANEMIA

(Desde los 11 años y cada año)

1. ¿Incluye su dieta alimentos ricos en hierro como carne, huevos, cereales fortificados o frijoles?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguna vez le han diagnosticado anemia por deficiencia de hierro?
☐ Sí ☐ No
3. (Solo mujeres) ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?
☐ Sí ☐ No
4. (Solo mujeres) ¿Su periodo dura más de 5 días?
☐ Sí ☐ No

EVALUACIÓN DE RIESGO DE PLOMO

(De 6 meses a 6 años)

1. ¿Su hijo ha vivido o pasado tiempo en una casa o apartamento construido antes de 1978 (incluye guardería, casa de niñera o familiares)?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguien en la casa está siendo tratado o seguido por intoxicación por plomo?
☐ Sí ☐ No
3. ¿Hay renovaciones actuales o pintura descascarada en un hogar o lugar que su hijo visita regularmente?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Su hijo lame, come o mastica cosas que no son comida (pintura, tierra, barandas, muebles, juguetes viejos, etc.)?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Algún miembro de la familia trabaja en una ocupación o pasatiempo donde pueda haber exposición al plomo (mecánico, cerámica, pintura comercial, etc.)?
☐ Sí ☐ No

EVALUACIÓN DE TUBERCULOSIS

(Desde 1 mes de edad y anualmente)

1. ¿Su hijo ha estado expuesto a alguien con tuberculosis o con una prueba de tuberculina positiva?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Su hijo o algún miembro del hogar nació en un país de alto riesgo (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa del Norte/Occidental)?
☐ Sí ☐ No
3. ¿Su hijo ha viajado (y tenido contacto con la población local) a un país de alto riesgo por más de 1 semana?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Su hijo tiene contacto diario con adultos de alto riesgo para TB (por ejemplo, VIH positivo, personas sin hogar, encarceladas o que usan drogas ilícitas)?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Su hijo tiene infección por VIH?
☐ Sí ☐ No

(Una respuesta "Sí" o "No sé" a cualquiera indica riesgo positivo.)

RISK ASSESSMENT

Reviewer _____

PROGRAMA DE NIÑOS SALUDABLES DE MARYLAND

Cuestionario de Evaluación Preventiva

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN / COLESTEROL

(De 2 a 20 años)

1. ¿Algún padre o abuelo menor de 55 años ha tenido ataque al corazón, cirugía cardíaca, angina o muerte cardíaca súbita?
☐ Sí ☐ No
2. ¿La madre o el padre han sido diagnosticados con colesterol alto (240 mg/dL o más)?
☐ Sí ☐ No
3. ¿El niño/adolescente tiene sobrepeso (IMC mayor al percentil 85)?
☐ Sí ☐ No

Historial personal del niño/adolescente:

- Tabaquismo
☐ Sí ☐ No
- Falta de actividad física
☐ Sí ☐ No
- Presión arterial alta
☐ Sí ☐ No
- Colesterol alto
☐ Sí ☐ No
- Diabetes mellitus
☐ Sí ☐ No

EVALUACIÓN DE RIESGO DE ETS / VIH

(De 11 a 20 años)

1. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o tiene hemofilia?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Ha sido abusado sexualmente o atacado físicamente?
☐ Sí ☐ No
3. ¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad de transmisión sexual?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Hay historial de uso de drogas intravenosas por usted, su pareja sexual, o su madre biológica durante el embarazo?
☐ Sí ☐ No
5. Si es sexualmente activo, ¿ha tenido relaciones sexuales sin protección (con pareja del mismo u opuesto sexo)?
☐ Sí ☐ No
6. Si es sexualmente activo, ¿ha tenido más de una pareja sexual?
☐ Sí ☐ No
7. ¿Tiene tatuajes o perforaciones (orejas, ombligo, etc.), incluyendo los realizados por amigos?
☐ Sí ☐ No

(Una respuesta "Sí" o "No sé" a cualquiera indica riesgo positivo.)

Reviewer _____