

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**

Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo _____ 0

Sí, la mayor parte del tiempo 1

No, no muy a menudo _____ 2

No, en absoluto _____ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0
No tanto ahora _____ 1
Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
No, en absoluto _____ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
Tanto como siempre _____ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
Prácticamente nunca _____ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, algunas veces _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, nunca _____ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
No, en absoluto _____ 0
Casi nada _____ 1
Sí, a veces _____ 2
Sí, muy a menudo _____ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
Sí, bastante _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No, no mucho _____ 1
No, en absoluto _____ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ 2
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____ 0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
Ocasionalmente _____ 1
No, nunca _____ 0

10. He pensado en hacerme daño:
Sí, bastante a menudo _____ 3
A veces _____ 2
Casi nunca _____ 1
No, nunca _____ 0