Premier Pediatrics
Lead and Tuberculosis Questionnaire

Patient Name/ Nombre del Paciente_____ **DOB/** Fecha de Nacimiento____/____/_____

Parent Signature/ Firma del Padre_____ **Date/** Fecha ____/____/_____

Abbreviated Lead Exposure Questionnaire / *Pregunatas de Exposicion al Plomo*	**Yes**(Sí)**/No**
Has your child been around any home remodeling or houses that are having paint removed? *¿Su hijo/hija estado cerca de alguna casa en remodelación o de casa que se les esté removiendo la pintura?*	☐ Yes/Sí ☐ No
Does your child eat dirt or chew on paint chips? *¿Su hijo/hija come tierra o mastica a pedasos de pintura?*	☐ Yes/Sí ☐ No
Does anyone in your family or any friends have high blood levels of lead? *¿Algunas personas in su familia o amigos del familia tiene intoxicado de plomo?*	☐ Yes/Sí ☐ No
Does your child live or play near buildings with high levels of lead? *¿Su hijo/hija vive or juega cerca edificios con plomo alto?*	☐ Yes/Sí ☐ No
In your home, do you use imported or glazed pottery to cook? *¿En su hogar, usted utiliza la cerámica importada o esmaltada al cocinero?*	☐ Yes/Sí ☐ No
Has anyone in the home been doing any of the following? (please circle) *¿Alguin de su casa ha estado hacienda algo de lo siguiente? (marca por favor)* Reloading bullets / *Recargar balas* Mechanic / *Mecanico* Re-finishing furniture / *Terminado de muebles* Welding / *Soldadura* Making pottery / *Fabricacion de cerámica* Making stained glass / *Vidrieras de colores* Going to a firing range / *Visita una variedad de tiroteo*	☐ Yes/Sí ☐ No
Are you giving your child medicine or foods produced outside of the US? *¿Le esta dando a su hijo/hija medicina o comida hecha afuera de Estado Unidos?*	☐ Yes/Sí ☐ No
Tuberculosis Exposure Questionnaire / *Preguntas de Exposicion a la Tuberculosis*	**Yes**(Sí)**/No**
Has anyone in your family had tuberculosis? *¿Alguien en su familia ha tenido tuberculosis?*	☐ Yes/Sí ☐ No
Was your child born in, or has your child visited, another country where there is a lot of TB? If yes, what country ? *¿Su hijo/hija nació en, o ha visitado, algun otro pais donde hay mucha tuberculosis?* *Si las respuesta es si, ¿ qué pais?*	☐ Yes/Sí ☐ No
Has your child ever been around an adult who has or is suspected to have TB? *¿Su hijo/hija a estado alguna vez cerca de alguien qui tiene o se sospecha que tiene tuberculosis?*	☐ Yes/Sí ☐ No
TB can cause fever lasting a long time, unexplained weight loss, weakness, chest pain, a bad cough, hoarseness, or coughing up blood. *La tuberculosis puede causar fiebre que dura mucho tiempo,perdid de peso inexplicable, debilidad, dolor de pecho, mala tos, ronquera o toser sangre.* *a)* Has your child been around anyone who has these problems? *¿Su hijo/hija ha estado cerca de alguien que tenga estos problemas?* *b)* Has your child had any of these problems? *¿Su hijo/hija ha tenido alguno de estos problemas?*	☐ Yes/Sí ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ No
Has your child had contact with anyone who is or has been: *¿Su hijo/hija ha tenido contacto con alguien que es o ha:* a) An intravenous (IV) drug user? / *Utilizado drogas inyectadas(intravenosa)?* *b)* HIV infected or has AIDS? / *Sido infectado por el HIV o tiene SIDA?* c) In jail or prison? / *Estado en la carcel o prision?* *d)* Recently moved to the US from another country? / *Cambiado de domicilio de otro pais a los Estrados Unido recientenente?*	☐ Yes/Sí ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ No