

# Anemia / Lead Risk Assessment

Name: \_\_\_\_\_ Chart Number: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Anemia Risk Factors

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Is there a history of types of Anemia that are passed down in your family?   | Yes | No |
| 2. If your baby is <u>less than 1 year old</u> , do they drink something other than breast milk or formula for their main feedings?   | Yes | No |
| 3. If your child is <u>older than 1 year of age</u> , do they drink more than 24 oz of milk each day? (Equal to more than 3 full 8 oz bottles.)                                       | Yes | No |
| 4. If your child is <u>older than 1 year of age</u> , do they still drink milk from a bottle?   | Yes | No |
| 5. Is your child a strict vegetarian (no dairy, no eggs, no meat) or an EXTREMELY picky eater?  | Yes | No |
| 6. Does your child suffer from a chronic illness?   | Yes | No |
| 7. Was your child born early (less than 37 weeks gestation) <u>or</u> did your child weigh less than 5 1/2 pounds (2.5kg) at birth?   | Yes | No |
| 8. For Children $\geq$ 4 months of age: Is your child only fed breast milk <u>but</u> not on an iron supplement?  | Yes | No |
| 9. Is your child routinely fed any solid foods/cereals that are <u>NOT</u> iron-fortified or naturally rich in iron (i.e. a vegetarian diet, home processed baby food/cereals, etc.)? | Yes | No |

## Lead Risk Factors (Patients 6 months to 6 years of age)

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| 10. Does your child live in or regularly visit a home that was built <u>before 1950</u> ?  | Yes | No |
| 11. Does your child live in or regularly visit a home that was built <u>before 1978</u> with <b>RECENT CONSTRUCTION OR REMODELING (WITHIN LAST 6 MONTHS)</b> ? | Yes | No |
| 12. Does your child have a sibling or a playmate that has been diagnosed with lead poisoning?  | Yes | No |
| 13. Does your child live or play near an active lead smelter, battery recycling plant or other industry likely to release lead into the environment?           | Yes | No |
| 14. Have you ever seen your child eating paint chips, soil, or dirt?   | Yes | No |
| 15. Does your child eat food stored in leaded crystal, ceramic or pewter dishes?   | Yes | No |
| 16. Does your child have contact with candies, cosmetics, spices, or home/folk remedies made outside the US?   | Yes | No |
| 17. Has your child been exposed to any of the many recently recalled toys?   | Yes | No |

Person Filling Out This Form: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Renewal Signatures:

Date: \_\_\_\_\_ No Change / Yes, item numbers: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ No Change / Yes, item numbers: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ No Change / Yes, item numbers: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Factores De Riesgo Para Anemia

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Hay historia genética de anemia en su familia?  | Si | No |
| 2. ¿Si su hijo(a) <u>es menor de 1 año</u> , el/ella bebe algo que no sea formula o leche materna como su alimento principal?   | Si | No |
| 3. ¿Si su hijo(a) <u>es mayor de 1 año</u> , el/ella bebe mas de 24 oz de leche al dia? (Mas de 3 botellas de 8 oz diarias.)  | Si | No |
| 4. ¿Si su hijo(a) <u>es mayor de 1 año</u> , todavía bebe leche de biberon/tetero?  | Si | No |
| 5. ¿Su hijo(a) es un vegetariano estricto (ningún producto lácteo, huevo, o carne) o es EXTREMADAMENTE limitado en la variedad de sus comidas?  | Si | No |
| 6. Sufre su bebe de una enfermedad crónica?   | Si | No |
| 7. ¿Su hijo(a) nació antes de tiempo (menos de 37 semanas de gestación) ó su hijo(a) pesó al nacer menos de 5 1/2 libras (2.5 kg)?  | Si | No |
| 8. Para niños mayores de 4 meses de edad: ¿Su hijo(a) se alimenta solamente de leche materna pero no recibe suplemento de hierro?   | Si | No |
| 9. ¿Su hijo(a) es alimentado regularmente con alimentos sólidos/cereales que no están fortalecidos con hierro ó enriquecidos naturalmente con hierro. (ej: dieta vegetariana, comida/cereales de bebés procesados en casa, etc.)? | Si | No |

## Factores De Riesgo Para Plomo (Pacientes desde 6 meses hasta 6 años de edad)

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 10. ¿Vive su niño(a) en, o visita regularmente un hogar que fué construido <u>antes del 1950</u> ?  | Si | No |
| 11. ¿Vive su niño(a) en, o visita regularmente un hogar que fué construido <u>antes del 1978</u> , que <b>HA TENIDO CONSTRUCCIÓN O QUE FUE REMODELADO RECIENTEMENTE (ENTRE LOS ÚLTIMOS 6 MESES)</b> ? | Si | No |
| 12. ¿Tiene su niño(a) un hermano(a) o un compañero(a) que haya sido diagnosticado con intoxicación de plomo?  | Si | No |
| 13. ¿Vive su niño(a) o juega cerca de un horno de fundición activo, planta de reciclaje de baterías u otra industria capaz de liberar plomo en el ambiente?   | Si | No |
| 14. ¿Ha visto a su niño(a) comer pintura o tierra?  | Si | No |
| 15. ¿Come su niño(a) alimentos almacenados en cristal hecho con plomo, platos de cerámica o de estaño?  | Si | No |
| 16. ¿Tiene su niño(a) contacto con dulces, cosméticos, condimentos, medicinas o remedios/caseros hechos fuera de los EEUU?  | Si | No |
| 17. ¿Ha sido su niño(a) expuesto(a) a cualquiera de los varios juguetes recientemente retirados del mercado?  | Si | No |

Persona llenando esta papel: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

Firmas de Actualización:

Fecha: \_\_\_\_\_ Ningún Cambio / Si, Pregunta #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Ningún Cambio / Si, Pregunta #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Ningún Cambio / Si, Pregunta #: \_\_\_\_\_