

Nombre del Niño(a): _____ Fecha: _____

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TB

- | | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Su niño ha estado en contacto con una persona confirmada o sospecha de Tuberculosis? | S | N |
| 2. ¿a. Su niño ha tenido una prueba de Tuberculosis, hecha en el pasado? | S | N |
| b. En caso afirmativo, fue la prueba positiva? | S | N |
| 3. ¿Ha su hijo inmigrado de Asia, África, América Latina o el Medio Oriente? | S | N |
| 4. ¿Ha su hijo viajado a Asia, África, América Latina o el Medio Oriente? | S | N |
| 5. ¿Ha su hijo vivido con una persona que inmigraron desde o a viajado a Asia, África, América Latina o el Medio Oriente? | S | N |
| 6. ¿Su hijo se movió de una ciudad grande? | S | N |
| 7. ¿En los últimos 3 meses tiene su hijo o usted sabe de alguien que tenía alguno de los siguientes: tos crónica, toser con sangre, sudores nocturnos o pérdida de peso? | S | N |
| 8. ¿Esta tu hijo, expuesto a la amenaza de una persona: VIH infectado, Inmunocomprometido, sin hogar, residente de un hogar de ancianos, institucionalizado, encarcelados o estaba en prisión, un traficante de drogas o de trabajadores agrícolas migrantes? | S | N |

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE HIPERLIPIDEMIA

- | | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Su hijo tiene un familiar con colesterol alto o lípidos? | S | N |
| 2. ¿Su hijo tiene un familiar que ha tenido un accidente cerebrovascular, ataque al corazón o muerte súbita antes de los 55 años? | S | N |
| 3. ¿Su niño ha tenían colesterol alto o lípidos en el pasado? | S | N |

DIABETES MELLITUS DE EVALUACIÓN

- | | | |
|--|---|---|
| 1. ¿Su hijo tiene algún familiar con diabetes mellitus? | S | N |
| 2. ¿Es su hijo de indio americano, afroamericano, hispano/latino, asiático de origen o del Pacífico? | S | N |
| 3. ¿Su hijo tiene la presión arterial alta, niveles anormales de colesterol o ácidos grasos en la sangre, síndrome de ovario poli quístico, o erupción grueso y oscuro en el cuello? | S | N |