



Lead Screening Questionnaire

Today's Date: _____

Please answer all of the questions below. This will help the doctor decide if your child needs a special blood test.

- Does your child live in or regularly visit an old house with peeling or chipped paint built before 1960? This might include a day care, preschool, babysitter, or relative's house Yes No
- Does your child have a playmate, relative, brother, or sister who is being treated for lead poisoning? Yes No
- Does your child live with an adult or frequently com in contact with an adult whose work or hobby involves exposure with lead? (Example are construction, welding, pottery, brass/foundry, auto repair shops) Yes No
- Does your child live near a lead smelter, battery recycling plant, or other industry likely to release lead? (such as pottery or valve and pipe fitting plant) Yes No
- Do you give your child any home or folk remedies that may contain lead? Yes No
- Does your child live near a heavily traveled major highway where soil or dust may be contaminated with lead? Yes No
- Does your home plumbing have lead pipe or copper with lead solder joints? Yes No
- Does your child eat food, drink juice, or punch that has been stored or cooked in pottery from Mexico? Yes No
- Do you have any questions about this survey for your doctor? Yes No

If you answered yes to any of the above questions, please be sure to talk with your doctor today during your child's examination

Child's Name

Date of Birth

AHCCCS ID#



Cuestionario de detección de plomo

Today's Date/ El día de hoy: _____

Por favor responda todas las preguntas a continuación. Esto ayudará al médico a decidir si su hijo necesita un análisis de sangre especial.

- ¿Vive su hijo o visita regularmente una casa vieja con pelado o astillado? ¿Pintura construida antes de 1960? Esto podría incluir una guardería, preescolar, niñera, o la casa de un familiar Sí No
- ¿Tiene su hijo un compañero de juegos, pariente, hermano o hermana que recibe tratamiento por envenenamiento con plomo? Sí No
- ¿Vive su hijo con un adulto o está en contacto frecuente con un adulto cuyo trabajo o pasatiempo implica exponerse con plomo? (Los ejemplos son la construcción, empuñando, cerámica, latón / fundición, talleres de reparación de automóviles) Sí No
- ¿Su hijo vive cerca de una fundición de plomo, una planta de reciclaje de baterías u otra industria que pueda liberar plomo? (como la planta de cerámica o válvula y accesorios de tubería) Sí No
- ¿Le da a su hijo algún remedio casero o popular que pueda contener plomo? Sí No
- ¿Vive su hijo cerca de una carretera principal muy transitada donde el suelo o el polvo pueden estar contaminados con plomo? Sí No
- ¿La tubería de su hogar tiene tubería de plomo o cobre con juntas de soldadura de plomo? Sí No
- 8) ¿Come su hijo alimentos, bebidas de jugo o ponche que ha sido almacenado o cocinado en cerámica de México? Sí No
- ¿Tiene alguna pregunta sobre esta encuesta para su médico? Sí No

Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, asegúrese de hablar con su médico hoy durante el examen de su hijo.

Child's Name/El nombre del niño

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

AHCCCS ID#