



**PEDIATRIC
ASSOCIATES**

Anemia / Lead Risk Assessment



**PEDIATRIC
ASSOCIATES**

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 |

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

- | | | |
|---|-----|----|
| 7. Does your child live in or regularly visit a home that was built <u>before 1950</u> ? | Yes | No |
| 8. Does your child live in or regularly visit a home that was built <u>before 1978</u> with RECENT CONSTRUCTION OR REMODELING (WITHIN LAST 6 MONTHS)? | Yes | No |
| 9. Does your child have a sibling or a playmate that has been diagnosed with lead poisoning? | Yes | No |
| 10. 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 |
| 11. Have you ever seen your child eating paint chips, soil, or dirt? | Yes | No |
| 12. Does your child eat food stored in leaded crystal, ceramic or pewter dishes? | Yes | No |
| 13. Does your child have contact with candies, cosmetics, spices, or home/folk remedies made outside the US? | Yes | No |
| 14. 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:** _____

Date: _____ **No Change / Yes, item numbers:** _____



PEDIATRIC
ASSOCIATES

Factores de Riesgo para Anemia (Spanish Version)



PEDIATRIC
ASSOCIATES

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 día? (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 |

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

- | | | |
|---|----|----|
| 7. ¿Vive su niño(a) en, o visita regularmente un hogar que fué construido <u>antes del 1950</u> ? | Si | No |
| 8. ¿Vive su niño(a) en, o visita regularmente un hogar que fué construido <u>antes del 1978</u> , que HA TENIDO CONSTRUCCIÓN O QUE FUE REMODELADO RECIENTEMENTE (ENTRE LOS ÚLTIMOS 6 MESES)? | Si | No |
| 9. ¿Tiene su niño(a) un hermano(a) o un compañero(a) que haya sido diagnosticado con intoxicación de plomo? | Si | No |
| 10. ¿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 |
| 11. ¿Ha visto a su niño(a) comer pintura o tierra? | Si | No |
| 12. ¿Come su niño(a) alimentos almacenados en cristal hecho con plomo, platos de cerámica o de estaño? | Si | No |
| 13. ¿Tiene su niño(a) contacto con dulces, cosméticos, condimentos, medicinas o remedios/caseros hechos fuera de los EEUU? | Si | No |
| 14. ¿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 #: _____

Fecha: _____ Ningún Cambio / Si, Pregunta #: _____