

Head Start/Early Head Start Lead Risk Assessment

Parents, your answers will help us find out your child's risk for lead exposure.

Child's Name _____ Date _____ Center _____

Has this child had a blood lead test at 12 and 24 months? Yes No

A "Yes" answer to questions 1 or 2 indicates an automatic Routing.

1. Does your child live with or visit someone who may use lead in his/her work or hobbies? For example: painting, smoldering, automobile battery manufacturing or recycling, vehicle radiator repair, auto painting, demolition or stained glass work? Yes No
2. Does your child chew on windowsills, pick at chipped paint or eat dirt, clay or other non-food items? Yes No

Two "Yes" responses to questions below this box indicate an automatic Routing.

3. Does your child live in, or spend a lot of time in, a place built before 1978 that has peeling or chipping paint or that has been remodeled? Yes No
4. Does your child eat candies that were made in another country, such as Bolorindo, Chaca Chaca, Pelon Pelo Rico, Lucas Acidito, Tama Roca, Limon 7, or others? Yes No
5. Do you use imported, old, or homemade dishes or containers to serve, prepare or store food or drinks, such as bean pots, clay pots, lead-soldered pots or cans, or ceramic ware? Yes No
6. Does your family use items from foreign countries such as crayons, cockroach chalk, dried fruits/herbs, teas, candles, or dried grasshoppers? Yes No
7. Do you or anyone who lives with or cares for your child use home remedies such as Greta, Azarcon, Pay-loo-ah, or cosmetics such as Kohl or Surma? Yes No
8. Does your child have a parent, sibling, housemate, or playmate being followed for lead poisoning or who has an elevated blood lead level? Yes No
9. Has your child lived in the United States for less than a year? Yes No
10. Does your child visit other countries frequently? Yes No
11. Does your child live near an active lead smelter or battery recycling plant or other industry that could release lead into the environment? Yes No
12. Does your child live or play next to a freeway, such as at a friend or babysitter's house? Yes No

1st Year Parent Signature _____ Date _____ 1st Year Staff Signature _____ Date _____
 2nd Year Parent Signature _____ Date _____ 2nd Year Staff Signature _____ Date _____

Evaluación de Riesgo contra el Plomo de Head Start/Early Head Start

Padres, sus respuestas nos ayudarán a saber si su niño(a) ha estado expuesto al riesgo del plomo.

Nombre del niño(a) _____ Fecha _____ Centro _____

¿Ha tenido este(a) niño(a) un examen de plomo a los 12 y 24 meses? Sí No

Una respuesta "Sí" a las preguntas 1 ó 2 indica Routing automática.

1. ¿Vive o visita el(la) niño a alguien que use plomo en el trabajo o pasatiempo? Por ejemplo: Pintura, soldadura, fabricación o reciclaje de baterías para autos, reparación de rayadores para autos, pintura de autos, trabajo de demolición o vidrio oscuro. Sí No
2. ¿El(la) niño(a) muerde los marcos de ventanas, levanta astillas de pintura, barro u otras cosas que no sean alimentos? Sí No

Dos respuestas "Sí" a las siguientes preguntas indica Routing automática.

3. ¿Vive o pasa mucho tiempo el(la) niño(a) en un lugar construido antes de 1978 cuya pintura se está escarapelando o astillando o que ha sido remodelado? Sí No
4. ¿Come el(la) niño(a) dulces que fueron fabricados en otro país, tal como: Bolorindo, Chaca Chaca, Pelón Pelo Rico, Lucas Acidito, Tama Roca, Limón 7 u otros? Sí No
5. ¿Utiliza loza importada, antigua o hecha en casa, recipientes para servir, preparar o guardar alimentos o bebidas, tal como ollas para frijoles, ollas de barro, ollas o latas soldadas con plomo o trastos de cerámica? Sí No
6. ¿Su familia usa artículos de países extranjeros tal como crayolas, gis cucaracha, frutas o hierbas secas, té, velas o chapulines secos? Sí No
7. ¿Usted o cualquier persona que viva o cuide al niño(a) usa remedios caseros tal como: Greta, Azarcón, Pay-loo-ah, o cosméticos tal como Kohl o Surma? Sí No
8. ¿Tiene el(la) niño(a) un padre, hermano, compañero de casa o de juego que esté siendo atendido por envenenamiento con plomo o que tenga un nivel elevado de plomo en la sangre? Sí No
9. ¿Ha vivido el(la) niño(a) en los Estados Unidos menos de un año? Sí No
10. ¿El(la) niño(a) visita con frecuencia otros países? Sí No
11. ¿Vive el(la) niño(a) cercas a una soldaduría activa de plomo o a alguna planta de reciclaje de baterías u otra industria que pudiera desechar plomo al medio ambiente? Sí No
12. ¿Vive o juega el(la) niño(a) junto a una autopista, tal como la casa de un amigo o de la niñera? Sí No

1er Año Firma del Padre _____ Fecha _____ 1st Year Staff Signature _____ Date _____
 2do Año Firma del Padre _____ Fecha _____ 2nd Year Staff Signature _____ Date _____