



**Departamento de Aprendizaje y Atención Temprana del SCUSD
Evaluación del Riesgo de Hemoglobina**

Nombre del niño(a): _____ **Centro Preescolar:** _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ **Relación con el niño(a):** _____

Por favor revise y conteste las siguientes preguntas sobre la salud de su hijo(a)/historial médico. Estas son preguntas de detección para ayudar a determinar si su hijo puede estar en riesgo de anemia.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan que los lactantes y los niños en edad preescolar se sometan anualmente a pruebas de detección de este riesgo a partir de los 3 años.

Salud General	Sí	No
¿Su hijo(a) experimenta regularmente cansancio o falta de energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA FAMILIAR

¿Se ha diagnosticado anemia o niveles bajos de hemoglobina en sangre a algún miembro de la familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado de anemia falciforme, talasemia u otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

DIETA y ESTILO DE VIDA

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Toma actualmente su hijo(a) más de 20 onzas de leche al día? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene su hijo(a) una dieta rica en alimentos que contengan hierro, como carne magra, frijoles, verduras de hoja verde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Su hijo(a) come o bebe regularmente alimentos que contengan vitamina C, como naranjas, frutas, tomates? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Su hijo(a) tiene antecedentes de exposición al plomo? (los riesgos incluyen vivir en una casa construida antes de 1978 ¿Comer pintura con plomo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Su hijo(a) tiene antecedentes de ingesta de alimentos no comestibles, como tierra, tiza, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANÁLISIS DE HEMOGLOBINA ANTERIORES

¿Le han hecho alguna vez a su hijo(a) un análisis de sangre para comprobar sus niveles de hemoglobina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

En caso afirmativo, indique la fecha y los resultados de la prueba de laboratorio más reciente, si dispone de ellos: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____