

VACCINATIONS AVAILABLE DURING REGISTRATION!

Public Health will be providing vaccinations during registration for those students still needing their required vaccinations and some recommended vaccines. Please bring your insurance card if you have Health Insurance.

LAKE COUNTY ELEMENTARY SCHOOL:

Blood Lead Level testing, MMR, and Varicella available.

August 9th: 10:00 AM to 1:30 PM

August 10th: 4:00 PM to 8:00 PM

LCIS:

Tdap, MCV, HPV, Pfizer Covid available

August 9th: 2:30 PM to 6:00 PM

August 10th: 12:00 PM to 3:00 PM

Please review and fill out the attached forms before you arrive to save yourself some time:

VACUNAS DISPONIBLES

¡DURANTE EL REGISTRO!

Salud Pública proporcionará vacunas durante el registro para aquellos estudiantes que aún necesiten las vacunas requeridas y algunas vacunas recomendadas. Traiga su tarjeta de seguro si tiene seguro médico.

ESCUELA PRIMARIA DEL CONDADO DE LAKE:

Pruebas de nivel de plomo en sangre, MMR y varicela disponibles.

9 de agosto: 10:00 AM a 1:30 PM

10 de agosto: 4:00 p.m. a 8:00 p.m.

CLIS:

Tdap, MCV, HPV, Pfizer Covid disponibles

9 de agosto: 2:30 p.m. a 6:00 p.m.

10 de agosto: 12:00 PM a 3:00 PM

Revise y complete los siguientes formularios antes de llegar para ahorrar tiempo:



"Health begins where you live, learn, work, and play."

825 W. 6TH STREET PO BOX 626

LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Immunization Program Superbill
PEDIATRIC FORM

Date:	Last Name:	First Name:	Initial:
--------------	-------------------	--------------------	-----------------

PLEASE CIRCLE INSURANCE TYPE:

Procedure:	Vaccine:	Medicaid/VFC	Private Insurance
90700	DTaP		\$30.00
90686	Flu (6 months old and up)		\$22.00
90633	Hepatitis A		\$35.00
90743	Hepatitis B		\$26.00
90648	Hib		\$38.00
90651	HPV-9		\$233.00
90696	Kinrix (DTaP/IPV)		\$56.00
90734	MCV-4 (Meningococcal)		\$141.00
90707	MMR		\$81.00
90710	MMRV (ProQuad)		\$184.00
90723	Pediarix (DTaP, Hep B, IPV)		\$84.00
90698	Pentacel (DTaP, Hib, IPV)		\$96.00
90670	Pneumococcal-13 (PCV-13)		\$203.00
90713	Polio (IPV)		\$80.00
86580	PPD (Tuberculosis) <i>age 5+</i>		\$7.00
90681	Rotavirus (Oral)		\$93.00
90715	Tdap		\$52.00
90716	Varicella (Chicken Pox)		\$138.00

ICD 10: Z23	Description:	Qty:	
90471	Administration Fee - first vaccine	1	\$20.00
90472	Administration Fee - each additional vaccine	X	\$12.00
90473	Oral/IntranasalAdmin Fee - first vaccine (<i>not w/90471</i>)	1	\$20.00

Tax ID: 846000777	<input type="checkbox"/> Entered into CIIS	Total Charge:	\$
NPI #: 1851411485		Discounted Amt:	\$
		Amount Paid:	\$
		Balance Due:	\$
Provider Signature:		Donation:	\$



"Health begins where you live, learn, work, and play."

825 W. 6TH STREET PO BOX 626

LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Immunization Program Superbill
PEDIATRIC FORM

Date:	Last Name:	First Name:	Initial:
--------------	-------------------	--------------------	-----------------

PLEASE CIRCLE INSURANCE TYPE:

Procedure:	Vaccine:	Medicaid/VFC	Private Insurance
90700	DTaP		\$30.00
90686	Flu (6 months old and up)		\$22.00
90633	Hepatitis A		\$35.00
90743	Hepatitis B		\$26.00
90648	Hib		\$38.00
90651	HPV-9		\$233.00
90696	Kinrix (DTaP/IPV)		\$56.00
90734	MCV-4 (Meningococcal)		\$141.00
90707	MMR		\$81.00
90710	MMRV (ProQuad)		\$184.00
90723	Pediarix (DTaP, Hep B, IPV)		\$84.00
90698	Pentacel (DTaP, Hib, IPV)		\$96.00
90670	Pneumococcal-13 (PCV-13)		\$203.00
90713	Polio (IPV)		\$80.00
86580	PPD (Tuberculosis) <i>age 5+</i>		\$7.00
90681	Rotavirus (Oral)		\$93.00
90715	Tdap		\$52.00
90716	Varicella (Chicken Pox)		\$138.00

ICD 10: Z23	Description:	Qty:	
90471	Administration Fee - first vaccine	1	\$20.00
90472	Administration Fee - each additional vaccine	X	\$12.00
90473	Oral/Intranasal Admin Fee - first vaccine (<i>not w/90471</i>)	1	\$20.00

Tax ID: 846000777	<input type="checkbox"/> Entered into CIIS	Total Charge:	\$
NPI #: 1851411485		Discounted Amt:	\$
		Amount Paid:	\$
		Balance Due:	\$
Provider Signature:		Donation:	\$



"Health begins where you live, learn, work, and play."

825 W. 6TH STREET PO BOX 626

LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Cuestionario de las Inmunizaciones de Salud para los Niños y Adolescentes

Fecha:		Apellido de Paciente:		Nombre:		Inicial:	
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Numero(s) de Teléfono:			<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Otro
Dirección de Correo:			Ciudad:	Estado:	Código:		
Medicaid: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ID#:			Seguro de Salud: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (presente la tarjeta)				
Raza (información es opcionales):		Etnicidad (información es opcionales):		Idioma Primario:			
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro estadounidense <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial/Sin especificar		<input type="checkbox"/> Origen hispano <input type="checkbox"/> Origen no hispano		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique

	Sí	No	?
1. ¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño ha tenido algún problema de salud como enfermedad de pulmonar, cardiaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención medica que el niño tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebe, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño ha tenido convulsiones; el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En los últimos 3 meses, ¿el niño ha tomado medicamento que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, otro esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administro inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Su hijo (1 a 6 años) tuvo una prueba de plomo en la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Doy permiso para LCPHA para enviar mis registros directamente a las escuelas del condado de lake.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Firmando esta forma, yo doy consentimiento para la administración de las vacunas y yo entiendo que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de HIPAA de la Agencia de la Salud Pública del Condado Lake. Yo certifico que la información de la paciente necesaria para procesar el redamo y solitario cualquier pago a la Agencia de Salud Pública del Condado de Lake.*

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____



"Health begins where you live, learn, work, and play."

825 W. 6TH STREET PO BOX 626

LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Immunization Screening Checklist for Children and Teens

Date:		Patient's Last Name:		First Name:		Initial:	
Age:	Birthdate:	Phone number(s):			<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Other
Mailing Address:			City:	State:	Zip:		
Medicaid: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ID#:			Insurance: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (please show card)				
Race (this information is optional): <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multiracial/Unspecified		Ethnicity (this information is optional): <input type="checkbox"/> Hispanic Origin <input type="checkbox"/> Non-Hispanic Origin <input type="checkbox"/> Unknown or Not Reported		Primary Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____			

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any questions, it does not mean your child should not get vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

Yes No ?

1. Is the child sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the child had a serious reaction after receiving a vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (i.e. diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years old, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. If your child is a baby, have you ever been told he/she has had intussusception?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has the child, a sibling, or parent had a seizure, brain or other nervous system problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the child or a family member have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or other immune system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system, such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Is the child/teen pregnant, or is there a chance she could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. If the child is between age 1-6 years old, have they had a blood lead test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I give LCPHA permission to send my Immunization records directly to Lake County Schools.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***By signing this form, I give consent for the administration of vaccines. I certify to the accuracy of the above patient information necessary to process this claim and request any payment to be made to Lake County Public Health Agency. I acknowledge reading a copy of Lake County Public Health Agency's HIPAA Notice of Privacy Practices and can keep a copy by request.**

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Apellido(s)

Grid for last name

Nombre(s)

Grid for first name

Inicial

Grid for initials

Fecha de Nacimiento

Grid for birth date (Mes, Dia, Año)

Dosis 1 2

Deténgase - Por Favor No Escriba Debajo de Esta Línea

COVID/VFC PIN, Provider Type (Public/Private), Clinic Name, Provider Name

Manufacturer (PFR, Moderna, Janssen, AstraZeneca, Novavax), Lot Number, Dosage (0.3 ml, 0.5 ml), Site (LD, LT, RD, RT), Date Administered

Administered by: Name _____ Title _____

Last Name

Grid for Last Name (12 boxes)

First Name

Grid for First Name (16 boxes)

Date of Birth

Grid for Date of Birth (MM/DD/YYYY)

Dose Number 1 2

STOP: DO NOT WRITE BELOW THIS LINE-FOR CLINIC STAFF ONLY

COVID/VFC PIN [Grid]	Provider Type <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private	Clinic Name [Grid]	Provider Name [Grid]
-------------------------	--	-----------------------	-------------------------

Manufacturer <input type="checkbox"/> PFR (Pfizer) <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssen	Lot Number [Grid]	Dosage <input type="checkbox"/> 0.3 ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml	Site <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT	Date Administered [Grid]
---	----------------------	--	--	-----------------------------

Administered by:
Name _____ Title _____



"Health begins where you live, learn, work, and play"

P.O. BOX 626 112 WEST 5TH STREET LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Lake County Blood Lead Program Consent for Blood Lead Testing for Child

I hereby give permission for my child, _____ DOB: _____
to participate in the Blood Lead Program at Lake County Public Health Agency. I understand the following
procedures may be done in this program:

1. Documentation of medical and social information concerning the above-named child and the immediate family. Participants may decline to provide certain questionnaire information without loss of services offered.
2. Specimens of blood will be obtained from the above-named child for laboratory determinations at no charge to me.
3. If the above-named child is found to have an elevated blood lead level of $5\mu\text{g}/\text{dL}$ or above, the provider will ask follow-up questions to help identify possible sources. These questions may be personal but are only used for purposes of identification of lead sources.
4. If the above-named child is found to have an elevated blood lead level of $5\mu\text{g}/\text{dL}$ or above, I give permission for my child to have the necessary follow-up and rechecking of blood lead levels.
5. If the child has a blood lead level of $8\mu\text{g}/\text{dL}$ or above, I give permission to have a venous blood draw done.
6. Permission to recheck child will remain in effect for one year from the date signed below.

I further understand that these procedures are to be performed by a provider at Lake County Public Health Agency and permission is hereby given to release or obtain necessary medical information to or from proper persons and/or agencies, as necessary for follow-up of lead exposure. All other information concerning the above named child is to be kept confidential and follow current HIPAA laws.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____



"Health begins where you live, learn, work, and play"

P.O. BOX 626 112 WEST 5TH STREET LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Point of Care – Blood Lead Testing

New Client Established Client Follow up Child

Patient Information:

First Name: _____ Middle Initial: _____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ SEX: M F Family Name: _____

Address: _____ Unit #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ County: _____

Phone: _____ Alternate Phone: _____

Race (check at least one):

- White
- Black/African American
- American Indian/Alaskan Native
- Asian
- Native Hawaiian/Pacific Islander
- Multiracial/Unspecified
- Unknown or Not Reported

Ethnicity (check at least one):

- Hispanic Origin
- Non-Hispanic Origin
- Unknown or Not Reported

Primary Language:

- English
- Spanish
- Other: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone (if different): _____

***** **FOR OFFICE USE ONLY** *****

Family ID # _____ Patient ID # _____ Entered into Date Base: Y N

TEST RESULTS:

HgB Results: _____

Lead Sample Type: Capillary Venous

Lead Care II Test Results:

(reference range = 3.3µg/dL to 10µg/dL)

- Low** (less than 3.3µg/dL)
- Elevated:** _____ (5µg/dL – 9.9µg/dL)
- High:** _____ (10µg/dL and above)

Tamarac Lab Results: _____ **Date Resulted:** _____

Notes: _____

Provider Signature: _____ **Date:** _____



"Health begins where you live, learn, work, and play"

P.O. BOX 626 112 WEST 5TH STREET LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Lake County Blood Lead Program

Environmental questionnaire (child)

Patient Name: _____ DOB: _____

Family Last Name(s): _____

Has your child been tested for lead anywhere in the past? Yes No

Current Address: _____
Physical Address City State Zip

What date did you move into this home: _____
Month Year

Do you own or rent your home: Own Rent Landlord name & phone: _____

Was this home built before 1978? Yes No Unknown

Does this home have peeling paint? Yes No Unknown

Has there been remodeling at this home in the past 2 years? Yes No Unknown

Do you have any animals that go in and out of the house? Yes No How many? _____

Are there any smokers in the home? Yes No How many? _____

List previous addresses you have lived at in the last 3 years:

Is the child's mother pregnant or nursing? Yes No

Does your child suck their thumb/fingers? Very Little Sometimes Often Never

Does your child eat any candy made in other countries (i.e. Mexico, Argentina, etc.)? Yes No

Do you use home remedies from another country such as Azarcon or Greta? Yes No

How often does your child put non-food items in their mouth (i.e. toys, sticks, rocks, dirt, etc.)?
 Very Little Sometimes Often Never

Does your child frequently play in old mining areas in Leadville (i.e. East side of town, tailing piles, etc.)? Yes No

Please list any additional children under 6 years old living in your home:

Name: _____ DOB: _____ M F

Name: _____ DOB: _____ M F

Name: _____ DOB: _____ M F

Who is your child's primary physician? _____

How did you hear about this program?

School Human Services WIC Friend/Family Newspaper Facebook Other _____



"Health begins where you live, learn, work, and play"

P.O. BOX 626 112 WEST 5TH STREET LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Programa de Plomo en la Sangre del Condado Lake **Consentimiento para Prueba de Plomo en la Sangre para Niños**

Yo doy permiso a mi hijo (a), _____ fecha de nacimiento _____ para participar en el Programa de Plomo de Sangre en la Agencia de Salud Pública del Condado Lake. Entiendo que se pueden realizar los siguientes procedimientos en este programa:

1. Documentación de la información médica y social sobre el niño mencionado anteriormente y la familia inmediata. Los participantes pueden negarse a proporcionar cierta información del cuestionario sin pérdida de servicios ofrecidos.
2. Las muestras de sangre se obtendrán del niño mencionado anteriormente para determinaciones de laboratorio sin costo para mí.
3. Si se detecta que el niño mencionado anteriormente tiene un nivel elevado de plomo en sangre de $5 \mu\text{g} / \text{dl}$ o más, el proveedor hará preguntas de seguimiento para ayudar a identificar posibles fuentes. Estas preguntas pueden ser personales, pero sólo se utilizan para fines de identificación de fuentes de plomo.
4. Si se detecta que el niño mencionado anteriormente tiene un nivel elevado de plomo en sangre de $5 \mu\text{g} / \text{dl}$ o más, doy permiso para que mi hijo tenga el seguimiento y la revisión necesarios de los niveles de plomo en la sangre.
5. Si el niño tiene un nivel de plomo en la sangre de $8 \mu\text{g} / \text{dL}$ o más, doy permiso para hacer un análisis de sangre venosa.
6. El permiso para volver a verificar el niño permanecerá vigente por un año a partir de la fecha firmada abajo.

Además, entiendo que estos procedimientos deben ser realizados por un proveedor en la Agencia de Salud Pública del Condado Lake y por este medio se da permiso para liberar u obtener la información médica necesaria a personas o agencias apropiadas, según sea necesario para el seguimiento de la exposición al plomo. Toda otra información relacionada con el niño arriba mencionado debe ser mantenida confidencial y seguir las leyes vigentes de HIPAA

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____



"Health begins where you live, learn, work, and play"

P.O. BOX 626 112 WEST 5TH STREET LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Punto de Cuidado – Prueba de Plomo en la Sangre

Cliente nuevo Cliente establecido Seguimiento Niño/a

Información del Paciente:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ SEXO: M F Apellidos de Familia: _____

Dirección: _____ Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Otro Teléfono (opcional): _____

Raza (marque al menos una opción):

- Blanco
- Negro/Afro estadounidense
- Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
- Multirracial/Sin especificar
- Desconocido o no informado

Etnicidad (marque al menos una opción):

- Origen hispano
- Origen no hispano
- Desconocido o no informado

Idioma Primario:

- Inglés
- Español
- Otro: _____

Nombre de padres/guardianes: _____ Teléfono: _____

***** **USO DE OFICINA SOLOMENTE** *****

Family ID # _____ Patient ID # _____ Entered into Date Base: Y N

TEST RESULTS:

HgB Results: _____

Lead Sample Type: Capillary Venous

Lead Care II Test Results:

(reference range = 3.3µg/dL to 10µg/dL)

- Low** (less than 3.3µg/dL)
- Elevated:** _____
- High:** _____

Tamarac Lab Results: _____ **Date Resulted:** _____

Notes: _____

Provider Signature: _____ **Date:** _____



"Health begins where you live, learn, work, and play"

P.O. BOX 626 112 WEST 5TH STREET LEADVILLE, CO 80461

Phone: (719) 486-2413

Fax: (719) 486-4168

Programa de Plomo en la Sangre del Condado Lake

Cuestionario ambiental (niño/a)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apellidos de la familia(s): _____

¿Le han hecho la prueba de plomo a su hijo(a) en el pasado? Si No

Domicilio Actual: _____

Domicilio físico

Ciudad

Estado

Código Postal

En que año se mudó a su casa: _____

Mes Año

Es propietario de su casa o renta Propietario Renta (Nombre del Dueño & Teléfono): _____

¿Esta casa fue construida antes del 1978? Si No No se

¿Esta casa tiene pintura pelándose? Si No No se

¿Esta casa ha sido remodelada en los últimos pasados 2 años? Si No No se

¿Tiene mascotas que entran y salen de la casa? Si No Cuantas veces? _____

¿Hay fumadores en la casa? Si No Cuantos? _____

Por favor liste los **3 últimos años** los domicilios donde ha vivido:

¿La mama del niño(a) está embarazada o amamantando? Si No

Su hijo(a) se chupa el dedo/dedos? Un poco A veces Seguido Nunca

¿Su hijo(a) como dulces hechos en otros países como de (México, Argentina, etc.)? Si No

¿Usted usa remedios caseros de otro país como el Azarcón o Greta? Si No

¿Que tanto su hijo(a) pone no comida en su boca como (juguetes, palitos, rocas, tierra, etc.)?

Un poco A veces Seguido Nunca

¿Su hijo(a) recrea con frecuencia en las antiguas áreas mineras de Leadville (es decir, al este de la ciudad, pilas antiguas, etc.)? Si No

Por favor liste otros los menores de 6 años que viven en el hogar:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F

¿Como se llama su doctor primario? _____

¿Como supo de este programa?

Escuela Servicios Humanos WIC Familia/Amigos Periódico Facebook Otro