

1. Last Name	First Name	MI
2. Patient Number		
3. Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Month	Day
4. Race	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> White	
5. Ethnic Origin	<input type="checkbox"/> Hispanic Cuban <input type="checkbox"/> Hispanic Mexican American <input type="checkbox"/> Hispanic Other <input type="checkbox"/> Hispanic Puerto Rican <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Unreported	
6. Gender	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	
7. County of Residence		

N.C. Department of Health and Human Services  
Division of Public Health  
Women's and Children's Health Section  
Women's Health Branch

## Bilingual Lead and Pregnancy Risk Questionnaire.

Answer each question by checking the small "YES," "NO," or "UNSURE" box.

Marque su respuesta a cada pregunta en la casilla indicada (Sí, No, o No sabe).

***If there is at least one "yes" box checked off, the patient should have a blood lead test. The patient's care should be managed according to CDC guidelines based on test results.***

1. Have you ever had a high blood lead level?  <b>¿Ha tenido usted alguna vez niveles de plomo altos en la sangre?</b>	YES <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	UNSURE <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b> <input type="checkbox"/>
2. Have you spent any time outside of the United States in the past 12 months? If yes: Where?  <b>¿Ha estado usted fuera de los Estados Unidos en los pasados 12 meses? Sí es Sí ¿Dónde?</b>	YES <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	UNSURE <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b> <input type="checkbox"/>
3. Do you use pottery, remedies, spices, foods, candies or make-up that are not sold in a regular drug store or are homemade, but are sent to you from another country?  <b>¿Usa usted cerámica, remedios caseros, especias, comida, dulces o maquillaje que son hechos en casa, o que no son vendidos en una farmacia regular, o son enviados de otro país?</b>	YES <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	UNSURE <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b> <input type="checkbox"/>
4. Sometimes pregnant women have the urge to eat nonfood items such as clay, soil, plaster, paint chips, or crushed pottery. Do you ever eat any of these things—even accidentally?  <b>Algunas veces las mujeres embarazadas tienen el impulso de comer arcilla (barro), tierra, yeso, pedazos de pintura o de cerámica. ¿Ha comido usted alguna vez uno de estos, aunque sea por accidente?</b>	YES <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	UNSURE <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b> <input type="checkbox"/>
5. a) Was your home built before 1978? b) This past year, have there been any renovations in your home that involved sanding or scraping?  <b>a) ¿Fue su casa construida antes de 1978?</b> <b>b) ¿Ha habido una remodelación en su casa donde se raspó o lijó algo?</b>	YES a) <input type="checkbox"/>  b) <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>	NO a) <input type="checkbox"/>  b) <input type="checkbox"/> <b>No</b> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>	UNSURE a) <input type="checkbox"/>  b) <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>
6. Do you or others in your household have a job or a hobby that involves possible lead exposure, such as home renovation or working with stained glass, ceramics, jewelry, auto repair, battery manufacturing or firearms (projectiles, bullets or firing ranges)?  <b>¿Usted o miembros de su familia tienen un trabajo o pasatiempo que implique la posible exposición a plomo, como son la renovación de casas o trabajos con vidrios de color, cerámica, joyería, reparación de vehículos o fabricación de baterías/pilas o armas de fuego (proyectiles, balas o campos de tiro)?</b>	YES <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	UNSURE <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b> <input type="checkbox"/>

<p>7. Based on the results of a laboratory test, have you been told there's lead in your home's water?</p> <p><b>¿Con base en los resultados de una prueba de laboratorio, le han dicho que hay plomo en el agua de su casa?</b></p>	<p>YES <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>No</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>UNSURE <input type="checkbox"/></p> <p><b>No sabe</b> <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Have any of your children had an elevated blood lead level (&gt;5 µg/dL)?</p> <p><b>¿Alguno de sus hijos ha tenido un nivel alto de plomo en la sangre (&gt;5 ug/dL)?</b></p>	<p>YES <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>No</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>UNSURE <input type="checkbox"/></p> <p><b>No sabe</b> <input type="checkbox"/></p>

## Bilingual Lead and Pregnancy Risk Questionnaire Instructions

**Purpose:** To assess and document past and present risk factors for lead exposure that may impact pregnancy.

**Instructions:** This form can be self-administered by the patient or verbally-administered by staff. Instruct the patient or staff to check off the responses of either "yes," "no," or "unsure" for each question. Regardless of who completes the form, it must be reviewed by staff to determine if clarifications are needed. If there is at least one "yes" box checked off, the patient should have a blood lead test and upon results, subsequently managed according to CDC Guidelines.

The best time to conduct this questionnaire is during the initial new obstetric intake. If a blood draw is needed, it should be conducted during the time of initial obstetric labs. However, this questionnaire can be administered any time during the pregnancy.

The CDC Guidelines can be accessed at [www.cdc.gov/nceh/lead](http://www.cdc.gov/nceh/lead).

**Disposition:** This form is to be retained in accordance with the records disposition schedule of medical records as issued by the Division of Archives and History, and the form should become part of the client's clinical record.

**Location:** Go to the following link to access this form and print as needed: <http://whb.ncpublichealth.com/provPart/forms.htm>.

## Instrucciones para el cuestionario de riesgo de plomo durante el embarazo

**Objetivo:** Evaluar y documentar factores de riesgo pasados y presentes de la exposición al plomo que pueda afectar el embarazo.

**Instrucciones:** Este formulario puede ser auto-administrados por el paciente o verbalmente administrado por el personal. Instruir al paciente o al personal de marcar las respuestas de "sí", "no" o "no sabe" por cada pregunta. Independientemente de que complete el formulario, éste debe ser revisado por el personal para determinar si se necesitan aclaraciones. Si hay al menos un "sí" o un cuadro marcado con "no sabe", el paciente debe someterse a una prueba de plomo en la sangre y los resultados serán administrados posteriormente de acuerdo con las directrices de los CDC.

El mejor momento para realizar este cuestionario es durante la cita obstétrica inicial. Si se necesita una extracción de sangre, debe llevarse a cabo al mismo tiempo que se hacen los exámenes de laboratorio obstétricos iniciales. Sin embargo, este cuestionario se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo.

Se pueden consultar las Directrices de los CDC en: [www.cdc.gov/nceh/lead](http://www.cdc.gov/nceh/lead).

**Disposición:** Este formulario debe ser conservado en conformidad con el calendario de eliminación de documentos del historial clínico como se indica por la División de Archivos e Historia, y la forma debe ser parte del historial clínico del cliente.

**Localización:** Vaya al siguiente enlace para acceder a este formulario e imprimir según sea necesario: <http://whb.ncpublichealth.com/provPart/forms.htm>.