



H: / / Fecha:
Efector:
Documento N° (nacional o extranjero):

Nro. Hoped:
Entrevistador/a:
Nacionalidad del Documento:

HOJA PEDIÁTRICA DE PESQUISA DEL RIESGO AMBIENTAL

(aplicar este instrumento sólo a niños/niñas/adolescentes entre 0 y 19 años con al menos una Enfermedad Trazadora o Prevalente)

Criterios de inclusión

Enfermedad trazadora (M*): cáncer malformaciones pubertad precoz
Enfermedad prevalente (M): enfermedad bronquial obstructiva diarreas áscaris giardias

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 1. Apellido: | | 3. FN: / / | | 5. Sexo: F M | | 7. Escolaridad del niño: Sí No | |
| 2. Nombre: | | 4. Edad: | | 6. Nacionalidad: | | 8. Grado/Año: | |
| 9. Domicilio: <input type="checkbox"/> CABA → 9.1. Sector: _____ <input type="checkbox"/> Conurbano → Localidad: _____ <input type="checkbox"/> Resto del país → Loc. Pcia.: _____ | | 11. Diagnósticos: Código: _____ | | 12. Nivel de instrucción alcanzado (S**): madre, padre o adulto a cargo Primario: Completo / Incompleto Secundario: Completo / Incompleto Terc./Univ.: Completo / Incompleto Sin Instrucción | | | |
| 10. Tel.: | | 13. Lugar de residencia en los últimos 10 años o lugar de mayor permanencia (S): CABA: Sí No Buenos Aires (Localidad): Provincia (interior): Otro país: | | | | | |
| 14. Tiempo de residencia en la vivienda actual (S): <input type="checkbox"/> < de 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> > 10 años | | 15. Tipo de vivienda (S): <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Pieza Hotel / inquilinato <input type="checkbox"/> Otro _____ | | 16. Localización (S): <input type="checkbox"/> Villa <input type="checkbox"/> Complejo Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento <input type="checkbox"/> Inmueble Intrusado <input type="checkbox"/> Barrio Residencial <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Otro | | 17. N° de Habitaciones: 18. N° de Habitantes: | |
| 19. Piso (S): <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Alfombra <input type="checkbox"/> Mosaico <input type="checkbox"/> Otro | | 21. Humedad: Sí No | | 24. Residuos (S): <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Quema <input type="checkbox"/> Otros: | | | |
| 20. Paredes (S): <input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Chapas <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Otro | | 22. Revoque: Sí No | | 25. Acopio en domicilio de (M): <input type="checkbox"/> Metales <input type="checkbox"/> Cartones <input type="checkbox"/> Plásticos <input type="checkbox"/> Nada | | | |
| 26. Excretas (S): <input type="checkbox"/> Red pública (cloaca) → reglamentaria <input type="checkbox"/> no reglament. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pozo ciego <input type="checkbox"/> Hoyo en tierra <input type="checkbox"/> Otro | | 27. Baño: <input type="checkbox"/> Uso exclusivo <input type="checkbox"/> Uso compartido <input type="checkbox"/> No tiene | | 28. Ubicación del baño(S): <input type="checkbox"/> En vivienda <input type="checkbox"/> Fuera vivienda dentro terreno <input type="checkbox"/> Fuera terreno | | | |
| 29. El agua es (S): <input type="checkbox"/> De red → pública conex. reglament. <input type="checkbox"/> no reglament. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> De pozo <input type="checkbox"/> Otro | | 30. Ubicación de acceso al Agua (S) <input type="checkbox"/> Por cañería en vivienda <input type="checkbox"/> Fuera de viv. dentro terreno <input type="checkbox"/> Fuera terreno | | 31. Calefacción (S): <input type="checkbox"/> Brasero <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> Garrafa <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Otros | | | |
| 32. Cocina (S) : <input type="checkbox"/> Brasero <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> Garrafa <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Otros | | 33. Tabaco: Sí No | | 36. Alguno de los padres trabaja con (M) <input type="checkbox"/> metales <input type="checkbox"/> químicos <input type="checkbox"/> pinturas <input type="checkbox"/> maderas <input type="checkbox"/> cría de animales <input type="checkbox"/> pegamentos <input type="checkbox"/> fibras <input type="checkbox"/> ningun (Si marcó, pasa a pregunta 37) | | 37. Donde? <input type="checkbox"/> Intradomicilio <input type="checkbox"/> Extradomicilio | |
| 34. Aerosoles: Sí No | | 35. Plaguicidas de uso en el hogar: Sí No | | 38. Lleva la ropa de trabajo a su casa? Sí No | | | |
| 39. Hábitos de pica: Sí No | | 43. Conservación de alimentos Heladera Sí No | | 46. Entorno externo: Su vivienda está ubicada cerca de ... (M) <input type="checkbox"/> Antenas (1) <input type="checkbox"/> Transporte (4) <input type="checkbox"/> Basurales a cielo abierto (2) <input type="checkbox"/> Uso de Plaguicidas / agroquímicos (5) <input type="checkbox"/> Transformadores (3) <input type="checkbox"/> Quema (6) <input type="checkbox"/> Fábrica (7) | | | |
| 40. Pecho Sí No | | 44. Exposición solar en horas pico Sí No | | 47. Niños / adolescentes trabajan: Sí No Actividad: | | | |
| 41. Lava fruta/verd. Sí No | | 45. Protección solar: Sí No | | 48. Condiciones de guardería / jardín maternal / escuela <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala | | | |
| 42. Pela fruta/verd Sí No | | ¿Cuál? _____ | | 49. Observaciones: | | | |
| Fábricas o industrias (7) Rama: <input type="checkbox"/> Derivados del petróleo <input type="checkbox"/> Textil <input type="checkbox"/> Metalúrgica <input type="checkbox"/> Químicas <input type="checkbox"/> Alimenticias <input type="checkbox"/> Otros: | | Efectos de industria <input type="checkbox"/> Emanaciones gaseosas/olores/humos <input type="checkbox"/> Efluentes líquidos <input type="checkbox"/> Polvos <input type="checkbox"/> Plagas <input type="checkbox"/> Ruidos molestos | | 46.B 46.1 Localización de fuente/s contaminante/s (indicar número y ubicación con el mayor detalle Posible) _____ _____ _____ | | | |

*Múltiple: admite más de una opción. **Simple: admite sólo una opción