

**A**

Healthy Home

Assessment Survey

**LEADING
WITH LEAD**

Instrucciones

Por favor complete la siguiente evaluación de la manera más honesta. Esta información es confidencial y no se compartirá.

Nombre de los residentes _____

Fecha _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Información de su Casa:

Tipo de Vivienda: Dueño Alquiler

Casa construida... antes de 1950 antes de 1978 antes de 1986 no se

Número de unidades en estructura: uno dos mas de dos

Tipo de sistema de calefacción:

gas petróleo eléctrico propano leña

otra no se

¿Pasa frío en su casa en el invierno debido a insuficiente calefacción?

Siempre Frecuentemente Casi Nunca Nunca

¿Cuál de estos utiliza para controlar la temperatura en su casa? (Seleccione todas las que correspondan)

Unidades de ventana de aire acondicionado Acondicionador de aire central

Calentador (propano o queroseno) Calentador (eléctrico)

Termostato controlado por el ocupante Ventanas abiertas

Abanicos Horno

¿Tiene una alfombra de piso en la entrada para limpiar los zapatos antes de entrar?

Si No

Información del Ocupante:

Número de ocupantes mayores de 18 años _____

Número de ocupantes de 7 a 17 años _____

Número de ocupantes 0-6 años _____

de perros, gatos, pájaros u otras mascotas: 0 1-2 3-4 5+

Prácticas Preventivas:

¿Hay un detector de humo que funcione en cada piso?

Si No

¿Hay un detector de monóxido de carbono que funcione?

Si No

¿Tiene un plan de escape en caso de incendio y lo ha practicado?

Si No

¿Tienes rejas en las ventanas?

Si No

Si es así, ¿tienen barras de liberación rápida?

Si No

¿Tiene números de emergencia (control de intoxicaciones, bomberos, policía, etc.) cerca o programados en su teléfono?

Si No

¿Guardan los medicamentos donde los niños no pueden alcanzarlos?

Si No

¿Guardan los productos químicos domésticos (pesticidas, pintura, fertilizantes, líquido para encendedores) donde los niños no puedan alcanzarlos?

Si No

¿Guardan los artículos de limpieza donde los niños no puedan alcanzarlos?

Si No

Preguntas de su Salud:

¿Alguien en su casa ha sido chequeado para plomo y se ha encontrado que tiene niveles elevados de plomo en sangre?

Si No

¿Alguien en su casa ha sido diagnosticado por un médico con asma?

No Si- Niño de 6 años y menor Si- niño de 7 a 17 Si- adulto

¿Alguien fuma en su casa?

Siempre Frecuentemente Casi nunca Nunca

Prácticas de limpieza:

¿Cuáles de estos productos se utilizan en su casa?

- ambientadores de aire ambientadores de enchufe potpurri incienso
 velas perfumadas cloro amoníaco repelente de insectos

¿Tienes una aspiradora?

- Si No

¿Con qué frecuencia usa la aspiradora?

- Siempre Frecuentemente Casi nunca Nunca

¿Con qué frecuencia usa el trapeador?

- Siempre Frecuentemente Casi nunca Nunca

¿Con que frecuencia barre?

- Siempre Frecuentemente Casi nunca Nunca

¿Lavas tus frutas y verduras?

- Si No

Si tiene niños, ¿les lava los juguetes, los chupetes y las manos antes de que coman, jueguen o tomen la siesta?

- Si No N/A

Otras Preguntas:

¿Dejas correr el grifo de 30 segundos a 2 minutos antes de beber o usar el agua para cocinar?

- Si No

¿Alguien duerme en el sótano?

- Si No

¿Está planeando hacer una remodelación en su casa o ya la has hecho?

- Si No

Si se realizó una remodelación, ¿le explicaron las prácticas seguras del plomo?

- Yes No

¿Alguien en su casa ha sufrido alguno de los siguientes en los últimos 3 meses?

- Accidentes Envenenamiento Asma No

En caso afirmativo, ¿requirió una visita al hospital? Si No

¿Tiene ahora o ha tenido algún problema con los chinches?

- Si No

Gracias de parte del equipo Leading with Lead:

