Feria de Salud

Sitio (Site): __El Chaperno __La Ceiba __Concepción __San Antonio Otro:_____ Fecha _____ Survey #: ___

Nombre y Apellido: _____ **Edad**_____años ____meses (*menos de 2 años*) **Sexo**: M F

Preguntas de la casa:

Nombre de jefe (madre o padre) de la casa_____

- ¿Cuantas personas viven en su casa? _____
- ¿Hace algo para limpiar su agua: filtrarlo, hervirlo o poner en el sol por 8 horas? Si No
- ¿Queman madera (cocina con leña) adentro de su casa? Si No
- ¿Tiene huerto casero tu familia o siembra verduras como huisquil? Si No
- ¿Tiene gallinas? Si No
- ¿Tiene otros animales que hacen comida como cerdos, patos, conejos, vacas (no perros o gatos)? Si No
- ¿Hay personas en su casa que trabajan con plomo por ejemplo en construcción, soldadura, o cerámica? Si No
- ¿Dónde defeca (hace pupú)? *(circulo uno)* adentro de la casa letrina campo libre/aire libre

Preguntas de la persona:

- ¿En la semana pasada, cuántas veces comía:

	Nunca	De vez en cuando	Diario
Carne de animal?	o	o	o
Frutas?	o	o	o
Verduras (como chipilín, mora, huisquil)?	o	o	o
Frijoles?	o	o	o
Huevos?	o	o	o
Queso o leche?	o	o	o
Dulces o churritos?	o	o	o
Gaseosas?	o	o	o

- ¿En los 6 meses pasados, tomó perlas de Vit A o pastillas/liquido de hierro o vitaminas con hierro? Si No
- ¿Trabaja con químicas o pesticidas en el campo? Si No
- *Para adultos:¿*Qué es su ocupación o trabajo? _____
- ¿Cuándo fue la última vez que...

-Visitó con un médico? *(circulo uno)*	Menos de 6 meses	un año	mas de 1 año	nunca
-Ha tenido tratamiento por parásitos? *(circulo uno)*	Menos de 6 meses	un año	mas de 1 año	nunca
-Le puso tratamiento de los dientes? *(circulo uno)*	Menos de 6 meses	un año	mas de 1 año	nunca

EXAMEN:

PA (BP)_____/_____ (*Si esta enfermo)*: Temperature._____ Pulso _____ Respiraciones _____)

4 años o mas: Peso (Wt)_____ Kg/lb Talla (Ht) _____cm/in Índice de masa corp. (BMI)_____Kg/m2

menos de 4 años: Perímetro braquial (MUAC)_____ cm Perímetro cefálico (OFC) _____ cm MUAC/OFC_____

adultos: ¿Perímetro cinturón mas de 89cm (35 in) mujeres o mas de 101 cm (40 in) hombres? Si No

Examen Oral: ❑normal ❑caries ❑dientes perdidos ❑sin dientes ❑postizos (dentures) ❑gingivitis

MUESTRAS

Hb:_____ Glucosa_____ Muestra de la orina para proteína_____ Otra: _____

PROBLEMAS DE SALUD:

❑Desnutrición (Undernutrition) BMI < 20 adultos 18 años o mas; <16 para 12-17 años; < 15 para 9-11 años ;<14 para 4-8 años; MUAC/OFC < 0.31 menos de 4 años o perímetro braquial menos de 12.5 cm para niños menos de 5 años

❑Demasiado Peso: IMC= 26 o mas para mujeres; 28 o mas para hombres o perímetro cinturón mas de 35 pulgadas para mujeres; mas de 40 pulgadas para hombres.

❑Anemia (Hb <11 para niños < 12 años; Hb < 12 para mujeres 12 años o mas; Hb< 13 para hombres 12 años o mas.)

❑Diabetes (glucosa al azar mas de 200; glucosa en ayunas mas de 120) ¿Esta en control para diabetes? Si No

❑Hipertensión (BP mas de 140/90 adultos) ¿Esta en control para hipertensión? Si No

❑Caries/Cavidades /Inflamación de encías (gums)

REVISTA DE SALUD:

❑Asma (Asthma)	❑Infección de la orina (UTI)	❑Piel (skin) _____
❑Diarrea	❑Infección del tracto resp: _____	❑Eczema (Eczema)
❑Dolor de Cabeza (Headache)		❑Impétigo (Impetigo)
❑Dolor de espalda (Back pain)	❑Enfermedad crónica obstructiva pulmonar (COPD)	❑Hongo (Fungal)
❑Dolor de los huesos/conjuntaras (Jt/bone pain)	❑Parásitos (Parasites)	❑Sarna (Scabies)
❑Dolor otro muscular	❑Problema con los riñónes (CKD)	❑Reflujo (GERD)
❑Deshidratación (Dehydration)	❑Problema con oído –poor hearing	❑Salud Mental: _____
❑Embarazo (Pregnancy)	❑Problema con vista -visión problem	Otro:_____

TRATAMIENTO: ❑Multivitamina; ❑Hierro; ❑Mebendazole/Albendazole, ❑Fluoruro; ❑Cepillo de dientes;

❑Referencia:_____

Otro:_____

CHARLAS Y PREVENCIÓN (TALKS ATTENDED/PREVENTIVE MEASURES):

❑Nutrición ❑Parásitos ❑ Primeros Auxilios ❑Salud Oral ❑Agua Purificada ❑ Otras_____

*Provider*_____ *Attending Review*_____