

Referenciar: Comité de Salud Medioambiental. Asociación Española de Pediatría. Hoja Verde para comunidades que viven en suelos contaminados por metales pesados. Madrid, AEP, 2017.

|  |  |                |
|--|--|----------------|
| Número de identificación del Programa: <i>(a rellenar por el equipo de trabajo en el hospital)</i>                       |  |                |
| 1. Nombre/apellidos (paciente):  |  |                |
| 2. Fecha de nacimiento:  | ___/___/___  | 3. Sexo: M / F |
| 4. Domicilio habitual (en el que vive actual) :  | Calle<br>Nº      Piso      CP:      Localidad  |                |
| 5. Fecha que realiza la hoja verde   |  | ___/___/___    |
| 6. Quién Realiza la hoja verde   | (nombre completo)  |                |
| 7. Trabajador de   | 1. CS de<br>2. CS de<br>3. Otro Centro de Salud<br>4. Compañía...      5. Otros  |                |
| 1. Si vives en la zona minera, ¿Podrías indicar el centro de salud al que perteneces?                                    | 1. Desglosar según CCAA<br>2. Otros  |                |
| 2. El paciente al que se refiere la hoja verde pertenece a algunos de estos grupos: (identificación de grupos de riesgo) | 1. Embaraza<br>2. Madre lactante<br>3. Niño menor de 14 años<br>4. Paciente crónico residente un pueblo de zona minera<br>5. Otros (especificar):  |                |
| 3. Respecto a su relación con el entorno de la Comunidad con Suelos Contaminados:  | 1. Soy un niño o adulto residente de la zona minera<br>2. Vengo a trabajar aquí o trabajé aquí en el último año.<br>3. Solo vengo en vacaciones o fines de semana<br>4. Otros (explicar) |                |
| 4. Se ha realizado en alguna ocasión una prueba de plomo en sangre:  | 1. Sí      2. No      9. Ns/Nc   |                |
| En caso afirmativo podría aportar más información o fecha/niveles.   |  |                |
| 5. Peso actual (Kg):   |  |                |
| 6. Altura o longitud (cms):  |  |                |
| 7. Podría indicar la edad actual en años del niño/a o adulto:  |  |                |

|  |  |
|--|--|
| 8. ¿Qué edad tiene la vivienda en la que vive el niño o adulto? <i>(se refiere al año de la construcción. Sitúelo donde le parezca más adecuado)</i> | 1. Antes de 1970.<br>2. 1970-1979<br>3. 1980-1989<br>4. 1990-1995<br>5. 1996-2000<br>6. 2001-2009<br>7. De 2010 a la actualidad.<br>9. Ns/Nc |
| 9. ¿Ha realizado obras o remodelaciones de albañiles en casa? (en los últimos 2 meses)   | 1. Sí<br>2. No<br>9. Ns/Nc   |
| 10. ¿Tiene mascotas de pelo dentro de casa?  | 1. Sí      2. No      9. Ns / Nc   |
| 11. Su cocina es :   | 1. Eléctrica      2. Gas natural<br>3. Gas butano      4. Gas propano<br>5. Carbón/madera      6. Otros                                      |
| 1. ¿qué sistema utiliza para calentar el agua en casa?   | 1. Eléctrico      2. Gas natural<br>3. Gas butano      4. Caldera gasoil/fuel<br>5. Otros (indíquelo)  |



Referenciar: Comité de Salud Medioambiental. Asociación Española de Pediatría. Hoja Verde para comunidades que viven en suelos contaminados por metales pesados. Madrid, AEP, 2017.

|   |   |
|---|---|
| 2. ¿dónde está el calentador del agua?                                | 1. En la cocina    2. En el sótano<br>3. En la galería sin ventana<br>4. En la galería con ventana<br>5. En el patio exterior |
| 3. ¿tiene detector de monóxido de carbono el calentador o en la casa? | 1. Sí    2. No    9. Ns / Nc  |

4. **¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja todas las ventanas abiertas?** (imagine que abre todas las ventanas de su casa, se refiere al humo, gases o polvo la molestia que les provoca). Redondear.

|                         |          |          |                |          |          |          |                                 |          |           |
|-------------------------|----------|----------|----------------|----------|----------|----------|---------------------------------|----------|-----------|
| <b>1</b>                | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>       | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b>                        | <b>9</b> | <b>10</b> |
| <i>Ninguna molestia</i> |          |          | <i>Regular</i> |          |          |          | <i>Hay un aire insoportable</i> |          |           |

5. **¿es fumador el paciente que realiza esta Hoja Verde? (al menos 1 cig/semana)**

- Fumador/a
- No fumador/a.

6. **¿Convive con algún fumador? Indique el número.**

*Se refiere al número de personas que son fumadoras en su hogar distinto al paciente. A partir de al menos un cigarro a la semana se considera fumador.*

1. No hay fumadores
2. Un fumador
3. Dos fumadores
4. Más de dos fumadores

7. **Si adulto, ¿en qué trabaja el adolescente/adulto?:** \_\_\_\_\_

*Se refiere a la ocupación profesional del adulto. Sea breve. Detalle su posible exposición a plomo u otros metales pesados.*

8. **Si es un niño, ¿en qué trabaja el padre? :** \_\_\_\_\_

*Si el paciente es adulto dejar en blanco.*

9. **Si es un niño, ¿en qué trabaja la madre?:** \_\_\_\_\_

*Si el paciente es adulto dejar en blanco.*

10. **De su trabajo a casa el paciente o alguien que conviva en casa, ¿existe la posibilidad de arrastrar trazas de sustancias químicas del trabajo a casa en la ropa o zapatos?**

Sí    2. No    9. Ns / Nc

11. **Si el paciente es un niño. Protege a su hijo de la exposición solar aplicando crema de protección:**

- No soy un niño. No aplica la pregunta.
- Siempre, todo el año
- A diario en primavera-verano
- A diario en verano
- Algunas veces en verano o casi nunca

12. **¿Ha tenido plagas en casa (hormigas, cucarachas, mosquitos...) en el último año?** *Se refiere a si ha visto alguna hormiga, cucaracha, moscas...*

1. Sí    2. No    9. Ns / Nc

13. **¿Utiliza plaguicidas para tratar esas plagas?** (spray, enchufes, trampas...)



Referenciar: Comité de Salud Medioambiental. Asociación Española de Pediatría. Hoja Verde para comunidades que viven en suelos contaminados por metales pesados. Madrid, AEP, 2017.

1. Sí 2. No 9. Ns / Nc

**14. ¿Cuántas horas de media al día mira su niño(a) la TV, o utiliza la computadora o juegos de vídeo?**

- Ninguna o no todos los días
- Hasta 1-2
- 3-4
- Más de 4 horas al día de media
- No lo sé
- No soy un niño. No aplica la pregunta.

**15. Alguno de los padres o miembros de la familia ha podido estar expuesto al humo de cannabis o marihuana (en el último mes)?**

1. Sí 2. No 9. Ns / Nc

**16. Origen fundamental del agua de consumo que beben en casa:**

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Red comunitaria          | 2. Pozo familiar/comunitario |
| 3. Embotellada de la tienda | 4. La recojo de un manantial |
| 5. Otros                    | 6.                           |

**17. Alguno de los miembros de la familia tiene alguna afición con la que esté en contacto con químicos como:**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 1. Aeromodelismo           | 2. Automovilismo                         |
| 3. Maquetación             | 4. Mineralogía                           |
| 5. Restauración de muebles | 6. Soldados o juguetes de plomo          |
| 7. Soldadura               | 8. Carpintería/Ebanistería               |
| 9. Fotografía              | 10. No tengo aficiones de riesgo químico |

**11. ¿Cuántas piezas o raciones de fruta fresca suele comer al día de media?**

1. 4 o más al día 2. 2 o 3 al día 3. 1 al día 4. Menos de 1 al día o ninguna

**12. Si niño, estás tomando actualmente algo de lactancia materna? 1. Sí 2. No**

- a. Cuanto tiempo tomaste solo leche materna: (en semanas)
- b. Cuanto tiempo tomaste algo de lactancia (semanas- 1 mes son 4 semanas):

**13. Lacteos, ¿podría indicar lo que más se aproxime?**

| LACTEOS  | Nunca ó <1 mes | 1-3 por mes | 1 por sem | 2-4 por sem | 5-6 por sem | 1 por día | 2-3 por día | 4-5 por día | 6+ por día |
|--|----------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|------------|
| 1. Leche entera (1 vaso o taza, 200 cc)                          | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 2. Leche semi-desnatada (1 vaso, 200cc)                          | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 3. Leche desnatada (1 vaso, 200cc)                               | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 4. Leche condensada (1 cucharada)                                | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 5. Nata o crema de leche (1 cucharada)                           | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 6. Yogur entero (uno, 125 gramos)                                | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 7. Yogur desnatado (uno, 125 gramos)                             | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 8. Requesón, queso blanco o fresco (una porción o ración, 100 g) | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 9. Queso curado, semicurado, o cremoso (un trozo, 50 gramos)     | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |
| 10. Natillas, flan, puding (uno)                                 | ①              | ②           | ③         | ④           | ⑤           | ⑥         | ⑦           | ⑧           | ⑨          |

**14. ¿Toma ahora algún fármaco o complejo polivitamínico en complejos o gotas?**

*Se refiere a los que esté tomando en los últimos uno o dos meses previos a la pregunta*

1. Sí 2. No 9. Ns / Nc



**15. ¿Con qué frecuencia realiza actividades en contacto con la naturaleza: parque del barrio, huerta, monte, playa?**

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 1. Todos los días    | 2. Alguna vez a la semana |
| 3. Alguna vez al mes | 4. Sólo vacaciones        |
| 5. Ningún contacto   |                           |

**16. Si es un niño/a. Si vive en una comunidad con suelos contaminados, ¿Podría indicar el colegio al que asiste?**

**17. Si es un niño/a. Si vive en una comunidad con suelos contaminados, ¿Dónde suele jugar el niño por las tarde?**

*Se refiere al sitio de fuera donde pasa mayor tiempo, indique el nombre de la plaza o lugar si es posible. Si es un adulto para el que se realiza el cuestionario indique el sitio exterior donde pasa más tiempo.*

**18. Si es un niño/a. ¿el niño tiene costumbre de comer tierra o chupetear cosas o juguetes con polvo del suelo?**

1. Sí    2. No    9. Ns / Nc

**19. Cuantas horas dedica a pasear o correr o realizar actividad física al aire libre a la semana**

|                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. No realizo ninguna | 2. 1-2 horas semana     |
| 3. 2-4 horas semana   | 4. 5 o más horas semana |

**20. Cuántas de esas horas de actividad física en su tiempo libre realiza en las zonas de la sierra minera o sobre suelos contaminados. Indique el número:**

**21. ¿Existe alguna exposición medioambiental en la casa o el barrio en el que vive que le preocupe en relación a la salud medioambiental?**

*En caso afirmativo podría explicar lo que le preocupa de su casa o barrio*

**22. Observaciones del profesional o persona que realiza la hoja verde.**

**Si quiere recibir más información puede dejar su teléfono móvil e e-mail.**

Fecha de realización de la hoja verde.

