



DATOS SOBRE SITUACION AMBIENTAL INFANTIL - HOJA VERDE

I.

Nombre del paciente:		Domicilio:		Fecha:	Número de historia clínica:
Sexo:	Fecha de nacimiento:			Profesional evaluador:	
Con quién habita?:		Ámbito de vida: - Rural - Urbana - Peri-Urbana		Otros datos:	
Se encuentra en situación de trabajo?					

II.

Expresa la madre/padre preocupación por un factor ambiental? Cuál(es)? Por qué?
Existen problemas ambientales reconocidos en el área? Cuáles?
En qué trabajan la madre y/o el padre? Describa
Existe hacinamiento? (más de 3 personas / habitación standard)
Hay presencia de animales domésticos? Cuáles?
Hay presencia de vectores de enfermedades? Cuáles?
Fue el niño(a) víctima de accidente de tránsito? Describa
Ha sufrido quemaduras, u otras lesiones? Cuáles?
Hubo exposición a algún incidente químico? Cuál(es)?
Hay antecedente de intoxicación química y/o alimentaria? Describa?
Existe exposición a animales ponzoñosos/venenosos? Cuáles?
Hay exposición a temperaturas extremas? Describa
Observaciones (otros datos)

III.

"ABC" DE LAS CONDICIONES DEL ENTORNO	Vivienda	Escuela o Guardería	Área de recreación	Ambiente laboral	Comunidad
CONSTRUCCION A. Excelente – B. Mediana – C. Precaria					
ZONA GEOGRAFICA A. Bajo riesgo – B. Mediano riesgo – C. Alto riesgo					
ALIMENTOS (calidad y aporte) A. Adecuados – B. Dudosos – C. Contaminados					
AIRE A. Limpio – B. Mediano – C. Contaminado	Interior				
	Exterior				
AGUA A. Potable – B. Mediana – C. Contaminada	Bebidas				
	Otros usos				
SUELO/PISO A. Limpio – B. Mediano – C. Contaminado					
DISPOSICION DE EXCRETAS A. Adecuada – B. Mediana – C. Inadecuada					
DISPOSICION DE BASURA A. Adecuada – B. Mediana – C. Inadecuada					
RUIDO A. Bajo – B. Mediano – C. Alto					
EXPOSICION QUIMICA A. Riesgo bajo – B. Riesgo mediano – C. Riesgo alto					
TRANSITO A. Bajo – B. Mediano – C. Intenso					

IV.

SERVICIOS DISPONIBLES:	VIVIENDA	ESCUELA	COMUNIDAD
ELECTRICIDAD			
COMUNICACION (TELEFONO, RADIO, OTRO)			
RECOLECCION DE RESIDUOS			
DISPOSICION FINAL			
TRANSPORTE PUBLICO			
ILUMINACION PUBLICA			
CENTRO DE SALUD			
PLANTA DE TRATAMIENTO CLOACAL			
RED CLOACAL			
SUMINISTRO DE AGUA			

COMENTARIOS (fecha):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGERENCIAS (fecha) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....