MELISA® Cuestionario para los niños

MELISA® Medica Foundation se dedica al estudio de alergias al metal, que pueden ser un factor de riesgo en muchas enfermedades.

Varias vacunas contienen metales, ya sea como parte del conservante o como una traza de residuo del proceso de fabricación. Los fabricantes que utilizan Thimerosal o aluminio, por ejemplo, argumentan que las cantidades de mercurio que emplean son tan pequeñas que no producen un efecto tóxico. Sin embargo si su hijo es hipersensible, la más pequeña cantidad de mercurio puede ocasionar desencadenar una reacción.

Este cuestionario puede ayudarle a identificar la exposición presente y pasada de su hijo a los contaminantes ambientales, de especial manera al mercurio.

INFORMACIONES PERSONALES

Nombre Padres

Nombre hijo

Fecha Nacimiento

Dirección

Numero de teléfono E-mail

1. SALUD DE VUESTRO NIÑO

1.1 ¿Nació su niño sano? SI | NO

Si no, por favor detalle

1.2 Puntuación de APGAR del niño al nacer

1.3 Hitos del desarrollo (indique la edad aproximada):

A gatear ¿En retraso *según su opinión?* SI | NO

Sentado ¿En retraso *según su opinión?* SI | NO

Caminar ¿En retraso *según su opinión?* SI | NO

Hablar ¿En retraso *según su opinión?* SI | NO

2. HISTORIAL DE VACUNACIÓN

(Este campo es muy importante. Por favor, indique el tipo de vacuna, Fecha, y, si es posible, el fabricante).

DT	La difteria / tétanos	SI | NO Fecha:
YF	Vacuna contra la fiebre amarilla	SI | NO Fecha:
BCG	Vacuna Bacilo de Calmette-Guérin	SI | NO Fecha:
IPV	Vacuna de la polio inactivada	SI | NO Fecha:
OPV	La vacuna oral contra la poliomielitis	SI | NO Fecha:
HepB	Vacuna contra la hepatitis B	SI | NO Fecha:
MMR	Sarampión, parotiditis y la rubéola	SI | NO Fecha:
Influenza	Gripe	SI | NO Fecha:
HepA	Vacuna contra la hepatitis A	SI | NO Fecha:
DTP Hib HepB	La difteria / tétanos / tos ferina. Haemophilus influenza / HepatitisB	SI | NO Fecha:
MR	El sarampión y la rubéola	SI | NO Fecha:
Tdap	Toxoides diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina acelular	SI | NO Fecha:
Pneumo_conj	Neumococo	SI | NO Fecha:
Rotavirus	Vacuna contra el rotavirus	SI | NO Fecha:

3. VACUNA CONTRA EL VPH Virus del Papiloma Humano

1ª vacuna	SI | NO Fecha:	Efecto adverso? SI | NO ¿Los síntomas aparecieron después de 2 días? de 2 semanas? de 2 meses?
2ª vacuna	SI | NO Fecha:	Efecto adverso? SI | NO ¿Los síntomas aparecieron después de 2 días? de 2 semanas? de 2 meses?
3rd vacuna	SI | NO Fecha:	Efecto adverso? SI | NO ¿Los síntomas aparecieron después de 2 días? de 2 semanas? de 2 meses?

Efectos adversos: Por favor detalle

4. ENFERMEDADES Y ALERGIAS

4.2 ¿Su hijo sufre de algún problema respiratorio / respiratorios? SI | NO

En caso afirmativo, por favor especifique

4.3 ¿Su hijo sufre de problemas digestivos como gases, hinchazón, “dolores de estómago”, calambres, diarrea crónica, estreñimiento, sensibilidad a los alimentos? SI | NO

En caso afirmativo, por favor describa

4.4 ¿Su hijo ha tenido lesiones de la piel / eczema / erupciones de cualquier tipo? SI | NO

En caso afirmativo, por favor especifique

4.5 ¿La piel del niño se nota irritada debido al contacto con metales (por ejemplo, botones, bisutería, pendientes, etc.)? SI | NO

En caso afirmativo, por favor especifique

4.6 ¿Toma su hijo algún medicamento? SI | NO

En caso afirmativo, por favor especifique

4.7 ¿Su hijo usa algún productos para aclarar la piel? SI | NO

5. FUENTES DE EXPOSICIÓN A METALES

5.1 ¿La zona en la que vive su hijo es contaminada / se utilizan productos químicos en el cultivo? SI | NO

En caso afirmativo cuales productos químicos?

5.2 ¿Es presente, aunque en escala menor, una minería de oro en la zona en la que vive? SI | NO

¿En caso afirmativo a que distancia?

5.2 ¿Su hijo tiene algunos empastes dentales de plata / mercurio? SI | NO

¿En caso afirmativo, cuantos? Cuales es la fecha en la que se instalaron?

¿En caso afirmativo, cuando se encajaron?

5.3 ¿Su hijo tiene algún aparato de ortodoncia? SI | NO

¿En caso afirmativo, cuando se instaló y cuantos ha tenido?

6. LA MADRE: FUENTES DE EXPOSICION AL METAL

6.1 ¿Tiene empastes de plata / mercurio? SI | NO

¿En caso afirmativo, aproximativamente cuantos?

6.2 ¿Tuvo tratamientos dentales durante su embarazo? SI | NO

En caso afirmativo por favor especifique

6.3 ¿El niño fue amamantado? SI | NO

6.4 ¿Tuvo otros prótesis dentales u ortodoncia (es decir, titanio, acero inoxidable, oro, cerámica o otros metales)? SI | NO

6.7 ¿Se hizo alguna vacuna antes o durante el embarazo / lactancia? SI | NO

En caso afirmativo por favor detalle:

Fecha de la vacuna y fabricante *(si conoce esta información)*

6.8 ¿Utilizó alguna cremas (especialmente las que contienen mercurocromo) como las cremas para aclarar la piel o en contra de las venas varicosas o contra el eccema antes o durante el embarazo y la lactancia? SI | NO

6.9 ¿Ha recibido inyecciones de RhoGAM (para las madres Rh negativo) justo después del parto? SI | NO

6.10 ¿Es alérgica a maquillaje o productos cosméticos? SI | NO

6.11 ¿Ha utilizado gotas para los ojos durante el embarazo o la lactancia? SI | NO

6.12 ¿Es alérgica a algún medicamento? SI | NO

En caso afirmativo, por favor especifique:

6.13 ¿Tomó antibióticos antes o durante el embarazo / lactancia? SI | NO

6.14 ¿Vivió cerca de una fábrica, industrias de fundición de carbón, crematorio, carretera o aeropuerto antes o durante el embarazo? SI | NO

6.15 ¿Comió pescados de los ríos locales durante o antes del embarazo? SI | NO

6.16 ¿Tomó agua de pozo local o de un río durante o antes del embarazo? SI | NO

6.17 ¿Fuma o fumó durante el embarazo? SI | NO

7. SALUD DE SU FAMILIA Y EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO

7.1 ¿Su familia solía beber agua de su propio pozo, o tiene acceso a la red central? SI | NO

(Algunas familias que viven en las zonas rurales no pueden tener acceso a la red central de agua)

En caso afirmativo, ¿conoce el contenido de minerales / contaminantes en esta agua? SI | NO

8. SALUD DE SU FAMILIA

8.1 Por favor, indique si en su familia, padres, hermanos o hermanas del niño padecieron alguna de las siguientes condiciones médicas ocurrió. Por favor indique cada miembro de la familia.

Alergias

Las enfermedades autoinmunes (como la artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etc.)::

Enfermedades de la piel

Enfermedades del corazón / de las arterias

Diabetes

Cánceres / tumores

Enfermedades psiquiátricas (incluidas las condiciones de vejez como el Parkinson, el Alzheimer y la demencia)

Otras: _____ *(si necesario siga en otra página)*

8.2 ¿Hay alguna otra información que considere relevante relacionada a la condición de su hijo?

Por favor, indique algunas ideas que pueda tener:

Si usted necesita espacio adicional, por favor continúe escribiendo sus respuestas en documentos separados, indicando claramente la pregunta que está respondiendo..

© COPYRIGHT Prof. Vera Stejskal. MELISA® is a registered trademark.