

स्वास्थ्य संबंधी विस्तृत सूची

माता-पिता/अभिभावकों के लिए जानकारी और निर्देश

आवश्यक जानकारी

कोई बच्चा मैरीलैंड राज्य शिक्षा विभाग (Maryland State Department of Education) द्वारा लाइसेंसित, पंजीकृत या स्वीकृत चाइल्ड केयर या नर्सरी स्कूल में जा सके उससे पूर्व यह जानकारी आवश्यक है:

- **शारीरिक जाँच** किसी फिज़िशियन या सर्टिफाइड नर्स प्रैक्टिशनर द्वारा, जो कि चाइल्ड केयर में जाने से पूर्व अधिकतम बारह महीनों पहले की हुई। इस आवश्यकता को पूरा करने के लिए मैरीलैंड राज्य शिक्षा विभाग (Maryland State Department of Education) और स्वास्थ्य एवं मानसिक स्वास्थ्य विभाग (Department of Health and Mental Hygiene) द्वारा निर्दिष्ट एक शारीरिक जाँच फॉर्म का उपयोग किया जाएगा (COMAR 13A.15.03.02, 13A.16.03.02 और 13A.17.03.02 देखें)।
- **टीकाकरणका साक्ष्य।** नया नामांकन करवा रहे बच्चों के लिए एक मैरीलैंड इम्युनाइज़ेशन सर्टिफिकेशन (टीकाकरण प्रमाणन) फॉर्म स्थानीय स्वास्थ्य विभाग या स्कूल कर्मियों से प्राप्त किया जा सकता है। बच्चा स्कूल जा सके उससे पहले टीकाकरण प्रमाणन फॉर्म (DHMH 896) या फिर कोई मुद्रित या कम्प्यूटर जनित टीकाकरण रिकॉर्ड फॉर्म भरा जाना आवश्यक है। यह फॉर्म यहाँ मिलेगा: http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/maryland_immunization_certification_form_dhmh_896_february_2014.pdf
- **निर्दिष्ट जोखिम के क्षेत्रों में रहने वाले बच्चों के लिए रक्त में लेड के लिए परीक्षण का साक्ष्य।** इस आवश्यकता को पूरा करने के लिए रक्त में लेड के लिए परीक्षण प्रमाणपत्र (ब्लड लेड टेस्टिंग सर्टिफिकेट) (DHMH 4620) (या किसी भी अन्य लिखित दस्तावेज़ जो कि किसी हेल्थ केयर प्रैक्टिशनर द्वारा हस्ताक्षरित हो) का उपयोग किया जाएगा। यह फॉर्म यहाँ मिलेगा: http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/dhmh_4620_bloodleadtestingcertificate_2016.pdf

छूट

शारीरिक परीक्षण, टीकाकरण और खून में लेड के लिए परीक्षण से छूट की अनुमति दी जाती है यदि परिवार का धार्मिक मान्यताओं और रीतियों पर आधारित कोई विरोध हो। खून में लेड की जाँच के प्रमाण पत्र पर किसी हेल्थ केयर प्रैक्टिशनर के हस्ताक्षर होने चाहिए और लिखा होना चाहिए कि प्रश्नावली पूरी की गई थी।

यदि कोई फिज़िशियन, नर्स प्रैक्टिशनर या स्वास्थ्य विभाग के अधिकारी इस बात का प्रमाण पत्र दें कि बच्चे को टीका नहीं लगाने का कोई चिकित्सा संबंधी कारण है, तब भी बच्चों को टीकाकरण की आवश्यकताओं से छूट दी जा सकती है।

इस फॉर्म पर दी गई स्वास्थ्य संबंधी जानकारी केवल उन स्वास्थ्य और बाल देखभाल प्रदाता या बाल देखभाल कर्मचारियों को ही उपलब्ध होगी, जिन पर आपके बच्चे की देखभाल की वैध जिम्मेदारी हो।

निर्देश

कृपया इस शारीरिक जाँच फॉर्म का भाग I भरें। भाग II किसी फिज़िशियन या नर्स प्रैक्टिशनर द्वारा भरा जाना चाहिए।, या फिर आपके बच्चे की शारीरिक जाँच की एक प्रति इस फॉर्म से संलग्न की जानी चाहिए।

यदि आपके बच्चे को चाइल्ड केयर के घंटों के दौरान कोई दवा दी जानी हो, तो आपको फिज़िशियन से प्रत्येक दवा के लिए एक मेडिकेशन ऑथोराइज़ेशन फॉर्म (OCC 1216) भरवाना होगा। मेडिकेशन ऑथोराइज़ेशन फॉर्म यहाँ से प्राप्त किया जा सकता है

<http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/occ1216-medicationadministrationauthorization.pdf>

यदि आपको किसी फिज़िशियन या नर्स प्रैक्टिशनर तक पहुँच प्राप्त न हो या फिर यदि आपके बच्चे को किसी वैयक्तिकृत स्वास्थ्य देखभाल योजना की आवश्यकता हो, तो अपने स्थानीय स्वास्थ्य विभाग से संपर्क करें।

भाग I - स्वास्थ्य मूल्यांकन

माता-पिता या अभिभावक द्वारा पूरा किया जाएगा

बच्चे का नाम		जन्म तिथि:		लिंग	
कुलनाम		नाम	पिता का नाम	माह / दिन / वर्ष	पु <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>
और पता:		नंबर	सड़क	अपार्टमेंट#	शह
				राज्य	ज़िप
माता-पिता/अभिभावक का(के) नाम		संबंध	फोन नंबर		
			कार्य:	सेल:	घर:
			कार्य:	सेल:	घर:
आपके बच्चे के नियमित चिकित्सा देखभाल प्रदाता नाम:		आपके बच्चे के नियमित दाँतों के लिए देखभाल प्रदाता नाम:		बच्चे की पिछली शारीरिक जाँच की तिथि:	
पता:		पता:		दाँतों की देखभाल:	
फोन #		फोन		कोई विशेषज्ञ :	
बच्चे के स्वास्थ्य का आकलन - आपकी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार, क्या आपके बच्चे को कभी भी इन में से किसी भी चीज़ से कोई समस्या हुई है? हाँ या नहीं के सामने सही का निशान बनाएं और किसी भी हाँ के उत्तर के लिए टिप्पणी प्रदान करें।					
		हाँ	नहीं	टिप्पणियाँ (हाँ उत्तर के लिए आवश्यक)	
एलर्जियाँ (आहार, कीट, दवाएं, लैटेक्स, आदि)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
एलर्जियाँ (मौसमी)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
दमा या साँस		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
व्यवहारिक या संवेदी		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
जन्मगत क्षति(याँ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
मूत्राशय		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
रक्तस्राव		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
आंत्र		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
सेरेब्रल पाल्सी		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
खाँसी		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
संचार		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
विकास संबंधी देरी		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
डायबिटीस (मधुमेह)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
कान या बहरापन		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
आँखें या दृष्टि		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
भोजन		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
सिर को चोट		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
हृदय		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
अस्पताल में भर्ती किया जाना (कब, कहाँ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
लेड का विष/संपर्क पूर्ण DHMH4620		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
जान को जोखिम में डाले ऐसी एलर्जी वाली प्रतिक्रियाएं		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
शारीरिक गतिविधियों पर मर्यादा		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
मेनिन्जाइटिस (मस्तिष्क ज्वर)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
गतिविधि सहायक उपकरण (मोबिलिटी आसिस्टिव डिवाइसिस) यदि हाँ तो		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
कुसमयता		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
सीज़र		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
सिकल सेल रोग		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
वाणी/भाषा		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
सर्जरी		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
अन्य		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
क्या आपका बच्चा किसी भी समय दवा (प्रिस्क्रिप्शन से या बिना प्रिस्क्रिप्शन के मिलने वाली) लेता है? और/या किसी निरंतर स्वास्थ्य संबंधी स्थिति के लिए?					
<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, दवा(ओं) का(के) नाम:					
क्या आपके बच्चे को कोई खास उपचार दिया जाता है? (नेब्युलाइज़र, एपी पेन, इन्सुलिन, काउन्सेलिंग, आदि)					
<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, उपचार का प्रकार:					
क्या आपके बच्चे को किसी खास प्रक्रिया की आवश्यकता है? (पेशाब के लिए कैथेटर लगाना, जी-ट्यूब द्वारा भोजन कराया जाना, ट्रांसफर, आदि)					
<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, कौन सी प्रक्रिया(एँ):					

में हेल्थ प्रैक्टिशनर को इस फॉर्म का भाग II भरने की अनुमति देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि यह चाइल्ड केयर में मेरे बच्चे की स्वास्थ्य संबंधी ज़रूरतों को पूरा करने के लिए गोपनीय उपयोग के लिए है।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस फॉर्म में दी हुई जानकारी जहाँ तक मुझे पता है और मैं समझता/समझती हूँ सचची और सटीक है।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर

तिथि

भाग II - बालक के स्वास्थ्य का मूल्यांकन
केवल फिज़िशियन/नर्स प्रैक्टिशनर द्वारा भरा जाएगा

बच्चे का नाम:	जन्म तिथि:	लिंग
कुलनाम नाम पिता का नाम	माह / दिन / वर्ष	पु <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>

2. क्या ऊपर नामित बच्चे को कोई निदान की हुई चिकित्सा संबंधी स्थिति है?
 नहीं हाँ, स्पष्टीकरण दें:
3. क्या इस बच्चे को कोई ऐसी स्वास्थ्य संबंधी स्थिति है, जिसके लिए उसे चाइल्ड केयर में रहने के दौरान आपात स्थिति कार्रवाई की आवश्यकता हो सकती है? (उदाहरण के लिए दौरा, एलर्जी, दमा, खून बहना, डायबिटीस, हृदय संबंधी समस्या या अन्य समस्या) यदि हाँ, कृपया वर्णन करें और आपात स्थिति कार्ड पर आपात स्थिति कार्रवाई(कार्रवाइयों) का वर्णन करें।
 नहीं हाँ, वर्णन करें:

4. शारीरिक जाँच के परिणाम

स्वास्थ्य क्षेत्र	सामान्य	सीमा में	नहीं सामान्य	स्वास्थ्य क्षेत्र	सामान्य	सीमा में	नहीं सामान्य
अटेन्शन डेफिसिट/हाइपरएक्टिविटी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	लेड से संपर्क/बढ़ा हुआ लेड	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यवहार/अनुकूलन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	गतिशीलता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आंत्र/मूत्राशय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मस्क्युलोस्केलेटल/ऑर्थोपेडिक	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कार्डियाक/मर्मर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	न्यूरोलॉजिकल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डेन्टल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	पोषण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
विकास	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	शारीरिक बीमारी/बाधा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एंडोक्राइन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	साइकोसोशियल (मनोसामाजिक)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ईएनटी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	रेस्पिरेटरी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जीआई	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	त्वचा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जीयू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	वाणी/भाषा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
श्रवण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	दृष्टि	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
इम्यूनोडेफिशियन्सी (रोग-प्रतिरोधक क्षमता की कमी)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	अन्य:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

टिप्पणियाँ: (कृपया किन्हीं भी अपसामान्य निष्कर्षों का स्पष्टीकरण दें।)

1. **टीकाकरण का रिकॉर्ड** – DHMH 896/या अन्य आधिकारिक टीकाकरण दस्तावेज (उदाहरण के लिए टीकाकरणों का सैनिक टीकाकरण रिकॉर्ड) किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा पूरा किया जाना आवश्यक है **या** कम्प्यूटर जनित टीकाकरण रिकॉर्ड प्रदान किया जाना चाहिए। (यह फॉर्म यहाँ से प्राप्त किया जा सकता है: http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/3/maryland_immunization_certification_form_dhmh_896_-_february_2014.pdf)
- धार्मिक विरोध:**
मैं ऊपर पहचान किये गये बच्चे का/की माता-पिता/अभिभावक हूँ। मेरी वास्तविक धार्मिक मान्यताओं और रीतिओं के कारण, मैं मेरे बच्चे का कोई भी टीकाकरण किये जाने का विरोध करता/करती हूँ। यह छूट किसी आपात स्थिति या किसी रोग की महामारी के दौरान लागू नहीं होती है।
माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

5. क्या बच्चा कोई दवा ले रहा है?
 नहीं हाँ, दवा और निदान बताएं:
(चाइल्ड केयर में दवा देने के लिए OCC 1216 मेडिकेशन ऑथोराइज़ेशन फॉर्म पूरा किया जाना चाहिए।)

6. क्या चाइल्ड शारीरिक गतिविधि में कोई मर्यादा होनी चाहिए?
 नहीं हाँ, मर्यादा की प्रकृति और अवधि बताएं:

7. परीक्षण/मापन	परिणाम	लेने की तिथि
ट्यूबरक्युलिन परीक्षण		
ब्लड प्रेशर		
लंबाई		
वजन		
BMI पर्सेन्टाइल		
लेडपरीक्षण निर्दिष्ट:DHMH 4620 <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	परीक्षण #1	परीक्षण #1
	परीक्षण#2	परीक्षण#2

_____ इसकी एक पूर्ण शारीरिक जाँच की गई है और किन्हीं भी चिंताओं को ऊपर नोट किया गया है।
(बच्चे का नाम)

अतिरिक्त टिप्पणियाँ: _____

फिज़िशियन/नर्स प्रेक्टिशनर (टाइप या प्रिंट करें):	फोन नंबर:	फिज़िशियन/नर्स प्रेक्टिशनर के हस्ताक्षर:	तिथि:
---	-----------	--	-------

मैरीलैंड डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ एंड मेन्टल हाइजीन (स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य विभाग) खून में लेड के प्रमाण के परीक्षण का प्रमाण पत्र

निर्देश: बच्चे का चाइल्ड केयर, प्रि-किंडरगार्टन या पहली ग्रेड में नामांकन करवाते समय इस फॉर्म का उपयोग करें। **बॉक्स A** माता-पिता या अभिभावक द्वारा पूरा किया जाएगा। **बॉक्स B**, जो भी माता-पिता या अभिभावक द्वारा पूरा किया जाएगा, 1 जनवरी, 2015 से पहले जन्मे बच्चे के लिए जिसे लेड परीक्षण की आवश्यकता न हो (बच्चों को बॉक्स B की सारी शर्तों को पूरा करना होगा)। **बॉक्स C** 1 जनवरी, 2015 के दिन या उसके बाद जन्मे किसी भी बच्चे के लिए और बॉक्स B में दी हुई शर्तों को पूरा न करने वाले 1 जनवरी, 2015 के दिन या उससे पहले जन्मे किसी भी बच्चे के लिए स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा पूरा किया जाएगा। **बॉक्स D** ऐसे बच्चों के लिए है जिनका धार्मिक विरोध के कारण परीक्षण नहीं किया गया हो (स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा पूरा किया जाएगा)।

बॉक्स A- चाइल्ड केयर, प्रि-किंडरगार्टन, किंडरगार्टन या फर्स्ट ग्रेड में नामांकन करा रहे बच्चे के लिए माता-पिता/अभिभावक पूरा करते हैं

बच्चे का नाम _____ / _____ / _____
 कुलनाम नाम पिता का नाम
 बच्चे का पता _____ / _____ / _____
 स्ट्रीट अड्रेस (अपार्टमेंट नंबर के साथ) शहर राज्य ज़िप
 लिंग: पुरुष स्त्री जन्मतिथि _____ / _____ / _____ फोन _____
 माता-पिता या _____ / _____ / _____
 अभिभावक कुलनाम नाम पिता का नाम

बॉक्स B – ऐसे बच्चे के लिए जिसके लिए लेड परीक्षण की ज़रूरत नहीं है (यदि बच्चा Medicaid में नामांकित न हो और नीचे दिए प्रत्येक सवाल का जवाब नहीं हो, तो भरकर हस्ताक्षर करें):

क्या इस बच्चे का जन्म 1 जनवरी, 2015 के बाद हुआ था? हाँ नहीं
 क्या यह बच्चा कभी भी इस फॉर्म के पीछे सूचीबद्ध इलाकों में से किसी में भी रहा है? हाँ नहीं
 क्या इस बच्चे को लेड से संपर्क का कोई भी ज्ञात जोखिम है (फॉर्म के पीछे दिये प्रश्न देखें, और यदि आपको निश्चित रूप से पता न हो, तो अपने बच्चे के स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से बात करें)? हाँ नहीं

यदि सभी उत्तर नहीं हैं, तो नीचे हस्ताक्षर करके यह फॉर्म चाइल्ड केयर प्रदाता या स्कूल को लौटाएं।

माता-पिता या अभिभावक का नाम (प्रिंट करें): _____ हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

यदि इन में से किसी भी प्रश्न का जवाब हाँ है या यदि बच्चा Medicaid में नामांकित हो, तो बॉक्स B में हस्ताक्षर न करें। उसके बदले, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से बॉक्स C या बॉक्स D भरवाएं।

बॉक्स C – स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा लेड परीक्षण के परिणामों का दस्तावेजीकरण और प्रमाणन

परीक्षण की तिथि	प्रकार (V=शिरापरक, C=केशिका)	परिणाम (mcg/dL)	टिप्पणियाँ

टिप्पणियाँ:

फॉर्म भरने वाला व्यक्ति: स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता/नियुक्त प्रतिनिधि या स्कूल स्वास्थ्य पेशेवर/नियुक्त प्रतिनिधि

प्रदाता का नाम: _____ हस्ताक्षर: _____

तिथि: _____ फोन: _____

कार्यालय का पता: _____

बॉक्स D – वास्तविक धार्मिक मान्यताएं

में ऊपर, बॉक्स A में पहचान किए गए बच्चे का/की माता-पिता/अभिभावक हूँ। मेरी वास्तविक धार्मिक मान्यताओं और रीतियों के कारण, मैं मेरे बच्चे का कोई भी टीकाकरण किये जाने का विरोध करता/करती हूँ।

माता-पिता या अभिभावक का नाम (प्रिंट करें): _____ हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

बॉक्स D का यह हिस्सा बच्चे के स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के द्वारा पूरा किया जाना चाहिए: लेड विषाक्तता जोखिम के आकलन की प्रश्नावली पूरी की गई:

हाँ नहीं

प्रदाता का नाम: _____ हस्ताक्षर: _____

तिथि: _____ फोन: _____

कार्यालय का पता: _____

DHMH फॉर्म 4620

संशोधित 5/2016

पहले के सभी संस्करणों का स्थान लेता है

इस फॉर्म का उपयोग कैसे करें

दस्तावेज़ीकृत जाँचें 12 महीनों और 24 महीनों की आयु में किये गये रक्त में लेड के परीक्षण होने चाहिए। यदि पहला परीक्षण 24 महीनों की आयु से पूर्व किया गया हो, तो दो परीक्षण तिथियाँ और परिणाम आवश्यक हैं। यदि पहला परीक्षण 24 महीने की आयु के बाद किया गया हो, तो एक परीक्षण तिथि और परिणाम आवश्यक है। बच्चे के प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदाता परीक्षण की तिथियाँ और परिणाम सीधे इस फॉर्म पर रिकॉर्ड करके हस्ताक्षर करके या हस्ताक्षर के स्थान पर स्टैम्प लगाकर प्रमाणित कर सकते हैं। स्कूल स्वास्थ्य पेशेवर या उनके द्वारा नियुक्त व्यक्ति इस फॉर्म पर प्रतिलिपि बना कर किसी चिकित्सा प्रदाता, स्वास्थ्य विभाग, या स्कूल द्वारा प्रमाणीकरण प्रदान किया गया हो उस किसी भी अन्य रिकॉर्ड से परीक्षण की तिथि का प्रमाणन कर सकते हैं। सभी फॉर्म बच्चे के स्कूल स्वास्थ्य रिकॉर्ड के साथ फाइल में रखे जाते हैं।

2004 टारगेटिंग प्लान में से जिप कोड के अनुसार जोखिम के क्षेत्र (1 जनवरी, 2015 से पहले जन्मे बच्चों के लिए)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co.</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>
सभी	<u>(जारी)</u>		<u>(जारी)</u>		<u>(जारी)</u>	<u>(जारी)</u>
	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	ALL	20783	20770	ALL
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Marv's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	ALL	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Baltimore City</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	ALL	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Wicomico</u>
21209	सभी	21762		20722	21623	सभी
21210		21769		20731	21628	
						<u>Worcester</u>
						सभी
						<u>Washington</u>
						सभी

लेड के जोखिम का आकलन करने वाली प्रश्नावली जाँच प्रश्न:

1. क्या ऐसे घर/मकान में रहता/रहती है या नियमित रूप से मुलाकात करता/करती है जो कि 1978 से पहले बनाया गया था और जिसका पेंट उखड़ रहा है, या जिसमें हाल में रिनोवेशन या रिमॉडलिंग किया गया था/किया जा रहा है?
2. कभी भी यूनाइटेड स्टेट्स से बाहर रहा/रही है या हाल ही में किसी अन्य देश से आया/आयी है?
3. भाई-बहन, सहनिवासी/दोस्त का लेड विषाक्तता के लिए निरीक्षण या उपचार किया जा रहा है?
4. यदि 1/1/2015 के पहले जन्म हुआ था, तो, 2004 "जोखिम वाले" ज़िप कोड में रहता/रहती है?
5. बार-बार खिलौने, गहने या चाबियों जैसी चीज़ें मुँह में डालता/डालती है, अखाद्य चीज़ें खाता/खाती है (पिका)?
6. ऐसे वयस्क के संपर्क में है जिनके काम या शौक में लेड से संपर्क शामिल है?
7. किसी सक्रिय लेड गलाने वाले (स्मेल्टर) बैटरी रिसाइकलिंग प्लांट, अन्य लेड संबंधी उद्योग, या ऐसी सड़क के पास रहता/रहती है जहाँ धूल और मिट्टी लेड से संदूषित हो सकती है?
8. अन्य देशों से आने वाले प्रोडक्ट्स जैसे घरेलू उपचार, मसाले, या भोजन का उपयोग करता/करती है या फिर लेडेड क्रिस्टल, मिट्टी के बर्तन या काँसे में भोजना भंडारित करते/करती हैं या परोसते/परोसती हैं।