

**Evaluación de Exposición del Hogar Relacionada con las Actividades de Perforación Petrolera y de Gas**

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Quiénes viven en el hogar: nombre y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene mascotas/animales de granja? No \_\_\_ Si \_\_\_ De ser así, ¿qué tipo, cuantos, edad y cualquier preocupación?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su hogar actual? \_\_\_\_\_

2. **Por favor, escriba la distancia más cercana de cualquier actividad de petróleo y/o gas a la que vive cerca. (Sólo Marcellus)**

Tubería \_\_\_\_\_ Estanque \_\_\_\_\_ Plataforma de Pozos \_\_\_\_\_ Refinería \_\_\_\_\_  
 Estación de Compresión \_\_\_\_\_ Planta Procesadora \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_  
 Patio de ferrocarril donde se transfiere sílice \_\_\_\_\_ Sitios de Residuos Industriales \_\_\_\_\_

3. **Aproximadamente cuando se produjeron las diferentes etapas de las actividades de perforación? (Sólo Marcellus)**

Preparación de plataforma \_\_\_\_\_ Perforación vertical \_\_\_\_\_ Perforación Horizontal \_\_\_\_\_  
 Fracturación Hidráulica \_\_\_\_\_ Quema \_\_\_\_\_ Pozo que produce \_\_\_\_\_  
 Otra \_\_\_\_\_

4. **¿Se han producido accidentes tales como derrames o explosiones cerca de su casa? Si \_\_\_ No \_\_\_**  
 De ser así, describa el accidente (o accidentes) y proporcione la fecha (o fechas) aproximada(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. **¿Vive usted a menos de 1.000 pies de una carretera utilizada por vehículos que dan servicio a un sitio de perforación o campo de petróleo? No \_\_\_ Si \_\_\_**

De ser así aquí, ¿cuál carretera? \_\_\_\_\_

¿Se quedaban en ralentí (en marcha y sin moverse) los vehículos en esta carretera por más de 5 minutos? \_\_\_\_\_

6. Por favor escriba los lugares anteriores donde ha vivido:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DE AGUA** (comente si ha cambiado lo que utilizaba y cuando)

1. **El agua en mi casa es de:** pozo privado \_\_\_\_ sistema público/compañía \_\_\_\_  
otro/comentarios: \_\_\_\_\_
2. **Bebo agua:** de la llave \_\_\_\_ filtrada de la llave \_\_\_\_ embotellada \_\_\_\_ tanque de almacenamiento de agua \_\_\_\_ otra/comentarios: \_\_\_\_\_
3. **Cocino con agua :** de la llave \_\_\_\_ filtrada de la llave \_\_\_\_ embotellada \_\_\_\_ tanque de almacenamiento de agua \_\_\_\_  
otra/comentarios: \_\_\_\_\_
4. **Me baño/ducho con agua:** de la llave \_\_\_\_ filtrada de la llave \_\_\_\_ tanque de almacenamiento de agua \_\_\_\_  
otra/comentarios: \_\_\_\_\_
5. **Mis animales beben agua:** de la llave \_\_\_\_ filtrada de la llave \_\_\_\_ embotellada \_\_\_\_ tanque de almacenamiento de agua \_\_\_\_  
otra/comentarios: \_\_\_\_\_
6. **¿Ha notado cambios en su agua?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
De ser así, describa los cambios, y cuando se produjeron  
\_\_\_\_\_
7. **¿Ha reportado preocupaciones acerca de su agua?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
De ser así: A quién \_\_\_\_\_ Cuándo \_\_\_\_\_
8. **¿Ha analizado su agua un laboratorio?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
De ser así: Fecha(s) \_\_\_\_\_ Quien la analizó \_\_\_\_\_ ¿Resultados normales? \_\_\_\_  
¿Anormales (no normales)? \_\_\_\_
9. **¿Tiene ventilación su baño?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ **¿Tiene ventilación su cocina?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**EVALUACIÓN DE ALIMENTOS**

1. **¿Come verduras cosechadas en su propio huerto (jardín)?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

De ser así, ¿ha notado algo diferente? es decir, sabor, capacidad de cultivar, etc.

2. **¿Le compra a un productor de lechería local?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿De ser así, ha notado algo diferente? es decir, sabor, color, olor, etc.

3. **¿Come carne de un proveedor local o animales de caza?** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

De ser así, ¿ha notado algo diferente? es decir, sabor, color, etc.

## EVALUACIÓN DE AIRE

1. ¿Huele olores inusuales? Si \_\_\_ No \_\_\_

De ser así, ¿**cuándo** los notó por primera vez?

---

¿**Donde** los huele?

---

2. ¿Con que frecuencia los huele? \_\_\_\_\_

3. **Describe el/los olor(es)** \_\_\_\_\_

4. Si sospecha de donde provienen los olores, por favor indique donde se ubica la **fuentes** \_\_\_\_\_

---

5. ¿Tiene usted calefacción central/aire acondicionado? Si \_\_\_ No \_\_\_

6. ¿Calienta su casa?

Gas \_\_\_ Eléctrico \_\_\_ Aceite \_\_\_ Agua \_\_\_ Madera \_\_\_ Propano \_\_\_ Solar \_\_\_ Carbón \_\_\_ Otro \_\_\_  
Ninguno \_\_\_

7. ¿Tiene algún sistema de filtro de aire independiente? No \_\_\_ Si (el nombre) \_\_\_\_\_

8. ¿Ha reportado preocupaciones acerca del el aire? Si \_\_\_ No \_\_\_

De ser así: A quién \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Qué sucedió \_\_\_\_\_

9. ¿Se le han hecho pruebas a su aire interior (dentro de su casa) o aire libre (fuera de su casa)?

Si \_\_\_ No \_\_\_

De ser así: Fecha(s) \_\_\_\_\_ Quién hizo la/las prueba(s) \_\_\_\_\_

Resultados? \_\_\_\_\_

---

10. ¿Qué tipo de sistema de enfriamiento utiliza?

Abanicos \_\_\_ Aire Acondicionado de Agua (“cooler”) \_\_\_ Aire Acondicionador de Ventana \_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

11. ¿Qué usa para limpiar su piso?

Escoba \_\_\_ Trapeador \_\_\_ Mojado \_\_\_ Aspiradora \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

12. **¿Qué preocupaciones tiene con respecto a la perforación petrolera o de gas?** (marque todos los que correspondan)

Síntomas de salud (actuales)

Síntomas de salud (futuro)

La salud de mis animales/mascotas

Calidad del agua

Calidad del aire

Olores

Ruido

Tráfico

Seguridad personal

Preocupaciones financieras

Cuestiones escolares

Cuestiones de trabajo

**¿Existen otras fuentes de exposición ambiental alrededor de su casa? De ser así, por favor explique:**

---

---

---

---

Otros Comentarios/Preocupaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---