



# REPORTE INICIAL SOBRE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

<b>Médico:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Fecha:</b>
Ciudad/Estado/Código postal:	Teléfono:	Fax:

Nuevo caso de TB:  No  Sí      Caso viejo reactivado:  No  Sí

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino      Hispánico:  No  Sí

Raza:  Blanco  Negro  Asiático  Indio americano o Nativo de Alaska  Otro

El paciente identificado anteriormente que se sospecha que tiene o ha sido diagnosticado con tuberculosis ha dado su nombre como su médico responsable. Dado que la tuberculosis es una enfermedad transmisible, el Departamento de Salud Pública del Condado está obligado por ley a garantizar que cada paciente con tuberculosis reciba el tratamiento, la supervisión de seguimiento y la investigación de contacto adecuados. Con el fin de cumplir con los Estatutos de Georgia y para garantizar un cuidado de calidad para este paciente, su requiere de su cooperación para completar, firmar y enviar de vuelta este formulario. Debe entregar este formulario al Departamento de Salud Pública del Condado antes del \_\_\_\_\_.

## INFORMACIÓN MÉDICA:

Fecha de TST: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ mm      Sitio de la TB: \_\_\_\_\_

Fecha de radiografía del tórax: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Cometarios: \_\_\_\_\_

Normal  Anormal  Cavitaria  No cavitaria  Estable  Empeora  Mejora

Fecha de tomografía computarizada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Cometarios: \_\_\_\_\_

Normal  Anormal  Cavitaria  No cavitaria  Estable  Empeora  Mejora

## BACTERIOLOGÍA

Fecha de prueba de VIH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Fecha de recolección	Tipo de espécimen	Frotis	Cultivo	MTB/NTM	Susceptibilidad

Fecha de ALT/SGPT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_      Fecha de agudeza visual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Fecha de AST/SGOT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_      Fecha de agudeza visual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS:

## Fecha de inicio:

## COMENTARIOS

ISONIACIDA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA	_____ (____ dosis administradas)	_____
RIFAMPICINA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA	_____ (____ dosis administradas)	_____
PIRAZINAMIDA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA	_____ (____ dosis administradas)	_____
ETAMBUTOL	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA	_____ (____ dosis administradas)	_____
PIRIDOXINA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA	_____ (____ dosis administradas)	_____
_____	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA	_____ (____ dosis administradas)	_____
_____	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA	_____ (____ dosis administradas)	_____

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha que se completó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_