

## FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS INTERNACIONAL

A: *Oficial de salud, médico, o personal de control de tuberculosis de:*

País	Provincia	Distrito	Ciudad o pueblo:

El individuo mencionado a continuación tiene **tuberculosis activa** y fue tratado en los Estados Unidos. Él o ella **no ha completado su tratamiento**. Este formulario es para notificarle a usted para que el tratamiento pueda ser completado.

Nombre del paciente con tuberculosis: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

El paciente nos ha informado que él o ella irá a la siguiente ubicación:

Dirección del paciente:	
Ciudad o pueblo	
Distrito, provincia	
País	
Teléfono, si está disponible	
Correo electrónico, si está disponible	
Persona de contacto en esta ubicación	

Si tiene alguna pregunta, contacte a la siguiente persona que trató a este paciente en los Estados Unidos:

Nombre	
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	
Teléfono, fax, correo electrónico	

Fecha de diagnóstico de la enfermedad actual \_\_\_\_\_

La enfermedad fue un:  Nuevo episodio de TB  
(marque uno)  Tratado por TB en el pasado, antes del episodio actual

Si fue tratado anteriormente, describa el historial previo de tuberculosis del paciente y su tratamiento.

**Sitio(s) de la enfermedad:**     Pulmonar  Extra pulmonar (especificar)

**Resultados de pruebas de laboratorio y radiográficas iniciales y más recientes** (con microscopio, cultivos, resultados de pruebas de susceptibilidad a fármacos, radiografías y otras pruebas de laboratorio críticas) (use páginas adicionales según corresponda)

Fecha	Prueba	Resultado

**Medicamentos actuales (nombres genéricos), dosis, frecuencia, vía de administración, fecha de inicio**

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía	Fecha de inicio

**Plan de tratamiento.** Nuestro plan de tratamiento para este paciente está especificado a continuación. Este podría diferir del tratamiento de TB en su país. **Por favor asegúrese de que el paciente cumpla con el plan de tratamiento completo.**

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía	Fecha de inicio

**Cualquier otro comentario**