

<b>Fecha:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F:	<b>Hispanico:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:	Condado:

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

Otro: \_\_\_\_\_

Desamparado en el último año:  No  Sí

País de origen:  EE. UU.  Otro: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada prevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

Fecha de prueba cutánea de la tuberculina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ mm

Fecha de prueba IGRA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ mm

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

\_\_\_\_\_

Normal  Anormal  Cavitaria  No cavitaria  Estable  Empeora  Mejora

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

\_\_\_\_\_

Normal  Anormal  Cavitaria  No cavitaria  Estable  Empeora  Mejora

Diagnóstico:  Infección de TB Latente  Tratamiento de ITBL previo (fecha): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Otro:

\_\_\_\_\_

Razón de la prueba:  Contacto  Médico  Población  Factores de riesgo desconocidos

**TRATAMIENTO DE ITBL:**

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Régimen:  INH a diario por 6 meses  DOT de INH y Rifapentina 12 dosis de una vez por semana

INH a diario por 9 meses  DOT de INH cada 2 semanas por 6 meses

Rifampina a diario por 4 meses  DOT de INH cada 2 semanas por 9 meses

**CERRADO:**

Fecha de cierre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Razón de cierre:  Tratamiento completado  Cliente lo detuvo

seguimiento

TB activa diagnosticada  Perdido durante el

Terapia: DOT  Sí  No

Falleció

Decisión del proveedor:

Toxicidad

Tanto individual como observada

Mudanza: Se transfirió

Decisión del proveedor: Otra

el cuidado a: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

Mudanza: Seguimiento desconocido

**Comentarios:**

---

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_

