



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

Médico/proveedor de atención: _____	Teléfono: _____	Fecha: _____
--	------------------------	---------------------

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Condado:** _____

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

Sexo: Masculino Femenino **Hispanico:** No Sí **Nacido en EE. UU.:** Sí No

En caso negativo, fecha en que entró a los EE. UU.: ____/____/____

Padre/tutor: _____ **Teléfono:** _____

CONDICIONES MÉDICAS Y FACTORES DE RIESGO DE TB:

1. ¿Alguna vez ha tenido una prueba cutánea o de sangre positiva?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuándo?: _____
2. ¿Ha tenido usted cualquiera de los síntomas de la TB (tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida del apetito, pérdida de peso o fatiga)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuáles son los síntomas?: _____
3. ¿Alguna vez ha tenido resultados anormales de una radiografía torácica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuándo?: _____
4. En lo 2 últimos años, ¿usted ha vivido o ha pasado tiempo con alguien que ha estado enfermo con TB?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Usted nació en África, Asia, las islas del Pacífico (excepto Japón), Centroamérica, Sudamérica, México, Europa del este, el Caribe o el Medio Oriente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿en qué país nació?: _____
6. ¿Usted alguna vez ha vivido o viajado a África, Asia, las islas del Pacífico (excepto Japón), Centroamérica, Sudamérica, México, Europa del este, el Caribe o el Medio Oriente por más de un mes?		En caso afirmativo, nombre del país: _____
7. ¿Algún miembro de su hogar vino a los Estados Unidos de otro país?		
8. ¿Usted está expuesto a alguna de las siguientes personas?: <ul style="list-style-type: none"> Alguien que actualmente está en la cárcel o ha estado en la cárcel en los últimos 5 años Alguien que tiene VIH Alguien que no tiene un hogar o está desamparado Alguien que vive en un hogar comunitario Alguien que consume drogas ilegales Un trabajador agrícola migrante 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es el factor de riesgo al que está expuesto?: _____ _____
9. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones médicas?: <ul style="list-style-type: none"> Diabetes Insuficiencia renal crónica con diálisis Cáncer de cuello, cabeza o pulmones Cáncer de la sangre o del sistema linfático VIH/SIDA Enfermedad autoinmune o condición inmunosupresora Bypass intestinal o gastrectomía 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

10. ¿Usted alguna vez ha estado en la cárcel o prisión?		En caso afirmativo, ¿dónde? _____
11. ¿Alguna vez ha sido un usuario de drogas inyectables?		En caso afirmativo, especificar: _____
12. ¿Usted ha tenido un trasplante de órgano?		En caso afirmativo, especificar: _____
13. ¿Ha estado usted cerca de una persona enferma con TB activa?		En caso afirmativo, ¿cuándo?: _____
14. ¿Alguna vez ha trabajado en un laboratorio que procesa muestras de TB?		En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Si contestó **NO** a todas las preguntas anteriores, usted no está en el grupo de alto riesgo y no necesita una prueba cutánea de la tuberculina.

Si contestó **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, usted sí está en el grupo de alto riesgo y debería hacerse una prueba cutánea de la tuberculina u otra prueba para la TB.

INFORMACIÓN MÉDICA:

Razón principal de la evaluación:

Investigación de contacto

Prueba selectiva

Exámen de inmigración

Radiografía torácica o tomografía computarizada anormal incidental Resultados

de laboratorio incidentales

Otra: _____

Sintomático: No Sí En caso afirmativo, fecha de inicio: ____/____/____

Síntomas: Tos Hemoptisis Fiebre Sudoración nocturna Pérdida de peso de ____ lbs.

Otra: _____

Vacuna BCG previa: No Sí

<p>Prueba cutánea de la tuberculina (TST/Mantoux/PPD) Fecha de aplicación: ____/____/____ Fecha de resultados: ____/____/____</p>	<p>Induración: ____ mm Impresión: <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva</p>
<p>Ensayo de Liberación de Interferón Gama (IGRA) Fecha: ____/____/____</p>	<p>Impresión: <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Indeterminada</p>
<p>Radiografía del tórax (requerido para pruebas TST o IGRA positivas) Fecha: ____/____/____</p>	<p>Impresión: Resultados <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Anormales</p>
<p><input type="checkbox"/> Tratamiento de infección de tuberculosis latente (ITBL) (receta y fecha de inicio): Receta: _____ Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Contraindicaciones al INH o RIF para ITBL</p>	<p><input type="checkbox"/> Tratamiento anterior por TB/ITBL (Receta y duración): Receta: _____ mm <input type="checkbox"/> Tratamiento de ITBL ofrecido pero rechazado</p>

COMENTARIOS ADICIONALES:

RECOMENDACIONES:

Firma del proveedor de atención médica: _____ **Fecha completado:**

___/___/___

Para las siguientes personas que están en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de tuberculosis activa si están infectadas, la prueba cutánea de la tuberculina se considera **positiva en 5mm de induración o más**.

- Contactos recientes de pacientes de casos de TB
- Personas con cambios fibróticos en la radiografía de tórax consistentes con TB previa
- Pacientes con trasplantes de órganos y otros pacientes inmunosuprimidos (por ejemplo, quienes toman el equivalente a >15 mg/día de prednisona durante 1 mes o más, o toman inhibidores del factor de necrosis tumoral)
- Personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA)

Para las siguientes personas con otras condiciones médicas de alto riesgo o riesgos de población para infecciones recientes, la prueba cutánea de la tuberculina es positiva en 10mm de induración o más:

- Personas nacidas en el extranjero, incluyendo niños, de zonas que tienen una alta incidencia o prevalencia de la TB (por ejemplo, Latinoamérica y el Caribe, África, Asia, Europa del Este, y Rusia)*
- Usuario de drogas ilícitas
- Residentes y empleados de los siguientes contextos de congregaciones de alto riesgo:
 - Correccionales
 - Instalaciones de largo plazo
 - Instituciones de salud mental
 - Centros de cuidado infantil
 - Hospitales y otras instalaciones para el cuidado de la salud
 - Instalaciones residenciales para pacientes que han adquirido el síndrome de inmunodeficiencia (SIDA)
 - Refugios para desamparados
- Personal de laboratorio de micobacteriología
- Personas con las siguientes condiciones clínicas que las colocan en alto riesgo:
 - Silicosis
 - Diabetes mellitus
 - Insuficiencia renal crónica/enfermedad renal terminal o enfermedad hematológica/reticuloendotelial
 - Cáncer de la cabeza, cuello o pulmón
 - Bypass intestinal o gastrectomía o síndromes de malabsorción crónica
 - Trasplante de órgano
- Los bebés, niños y adolescentes frecuentemente expuestos a adultos con alto riesgo de infección de TB
- Niños menores de 4 años de edad (a menos que el niño caiga bajo otra categoría debido a una condición o exposición)
- Viajeros que tienen un historial reportado de exposición prolongada o estancias prolongadas en países endémicos (por ejemplo, Latinoamérica y el Caribe, África, Asia, Europa del Este, y Rusia)

Para personas con bajo riesgo de TB, para quienes la prueba tuberculina no es generalmente indicada, la prueba cutánea de la tuberculina es **positiva en 15mm de induración o más**:

- Personas sin ningún factor de riesgo de la TB conocido

***Pueden aplicar instrucciones/recomendaciones adicionales a individuos que buscan atención por medio de un Cirujano Civil. Por favor refiérase a las recomendaciones: <http://www.cdc.gov/ncidod/dg/civil.htm>**