

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino Femenino

INFORMACIÓN MÉDICA:

 Fecha de última prueba cutánea: / / _Resultado: mm Positivo Negativo Sitio de

Lugar donde se hizo la prueba cutánea: Nombre del proveedor:

 Fecha de radiografía torácica: / / Normal Anormal Fecha de tomografía: / / Normal Anormal

 ¿El paciente ha sido tratado para: **Infección de TB Latente (ITBL)?** No Sí En caso afirmativo, número de meses

 ¿El paciente ha sido tratado para: **Enfermedad de la TB?** No Sí En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Dónde?

 ¿El paciente tiene tos? No Sí

En caso afirmativo, ¿desde hace cuánto? # días # semanas # meses

 ¿De qué color son los mocos? ¿El paciente está tosiendo sangre? No Sí

 ¿El paciente tiene sudoración nocturna? No Sí

 ¿El paciente tiene fiebre? No Sí

 ¿El paciente ha bajado de peso sin intentarlo? No Sí

 ¿El paciente ha estado cansado o débil? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuánto ha durado? # días # semanas # meses

 ¿El paciente tiene dolor de pecho? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuánto ha durado? # días # semanas # meses

 ¿El paciente tiene disnea? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuánto ha durado? # días # semanas # meses

 ¿El paciente conoce a alguien que tenga estos síntomas? No Sí

Nombre: Dirección Teléfono

ACCIÓN TOMADA (marque todas las que apliquen)

No hay señales de TB activa en este momento	
No se necesitan radiografías torácicas en este momento	
Se discutió con el cliente sobre las señales y síntomas de la TB	
El cliente sabe que debe buscar atención médica si aparecen los síntomas de la TB	
Otras acciones necesarias:	
• Aislamiento	
• Se le dio una máscara quirúrgica	
• Se necesitan radiografías torácicas	
• Se necesitan muestras de esputo	
• Se derivó al paciente a un médico/una clínica (especificar):	
• Otra (especificar):	

Persona que completa el formulario:

Fecha que se completó: / /