



Aprobación de Familias de Apoyo (RFA)

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS (TB) para



Condado u Oficina _____

Instrucciones: Par ser completado por cada adulto que resida en un hogar de Familias de Apoyo y revisado y firmado por un profesional de la salud acreditado.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer

Dirección: _____
Calle # de Apartamento Ciudad Código postal

Núm. teléfono: _____
Casa Trabajo Celular

País de nacimiento: _____ Raza/Etnia: _____ Fecha de llegada a los EEUU (si aplica): _____

Viajes fuera de los EEUU en los últimos 2 años: **Sí** **No** Si marcó "Sí", diga qué país _____

Visitas de fuera de los EEUU en los últimos 2 años:..... **Sí** **No** Si marcó "Sí", diga qué país _____

Por favor marque una respuesta o rellene el espacio en blanco:

1. ¿Alguna vez ha recibido la vacuna de Bacille Calmette-Guérin (BCG) para la tuberculosis (TB)?..... **Sí** **No** **No sé**

a. Fechas del BCG: _____

2. ¿Alguna vez le han hecho la prueba cutánea de TB?..... **Sí** **No** **No sé**
Si marcó "Sí", por favor indique:

a. Fecha(s) de la prueba

cutánea de TB: _____

b. Resultados de la prueba

cutánea de TB..... **Negativo** **Positivo** **No sé**

3. ¿Alguna vez le han dicho que tiene una infección o enfermedad de TB? **Sí** **No** **No sé**

4. ¿Alguna vez ha tomado medicamento para la TB? **Sí** **No** **No sé**
Si marcó "Sí", por favor indique:

a. Nombre del medicamento(s), número de pastillas y fechas de tratamiento:

b. Nombre de la clínica donde fue atendido: _____

5. ¿Actualmente tiene cualquiera de las siguientes indicaciones y síntomas de la enfermedad de TB activa?

a. Tos persistente de más de dos semanas de duración..... **Sí** **No**

b. Toser sangre..... **Sí** **No**

c. Ronquera..... **Sí** **No**

d. Fiebre..... **Sí** **No**

e. Sudores por la noche..... **Sí** **No**

f. Adelgazamiento sin causa aparente..... **Sí** **No**

g. Cansancio excesivo sin causa aparente..... **Sí** **No**

h. Otros síntomas fuera de lo normal: _____

6. ¿Ha sido vacunado **durante las últimas 6 semanas** para el sarampión, paperas o rubéola? Sí No
7. ¿Está bajo tratamiento, o sufre de una condición médica que podría debilitar su sistema inmunológico?
(Describa) _____
8. ¿Tiene diabetes? Sí No No sé
Si marcó SÍ, por favor indique el nombre del medicamento(s): _____

*****La siguiente información debe ser provista por un profesional de la salud acreditado*****

To be filled out by a licensed health professional:

9. Based on the information provided I determine the patient's risk of TB infection is LOW HIGH

**a. If HIGH, please list any follow up
required:** _____

FOR LICENSED HEALTH PROFESSIONAL ONLY	
DATE EXAMINED	SIGNATURE OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL
TELEPHONE NUMBER	PRINTED NAME OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL
ADDRESS OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL	