



## Comal County Office of Public Health

### Formulario para la Prueba del Tuberculosis (TB)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Conteste **si** o **no** a las siguientes preguntas, si la respuesta es si, apunte las fechas aproximadas en que empezaron los síntomas y apunte si todavía los tiene.

¿Ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas durante el año anterior?

- |                                                                                                                                                     |    |    |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------|
| 1. Tos productiva durante 3 semanas o más                                                                                                           | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 2. Pérdida de peso persistente sin estar a dieta                                                                                                    | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 3. Sudar en la noche                                                                                                                                | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 4. Toser sangre                                                                                                                                     | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 5. Fiebre de largo plazo                                                                                                                            | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 6. Contacto cercano (en un área pequeña por 6-8 horas)<br>y contacto reciente con alguien con TB contagioso                                         | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 7. ¿Se ha mudado recientemente (en los últimos 5 años)<br>a los Estados Unidos de un país extranjero?<br>País: _____                                | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 8. ¿Ha viajado (con contacto substancial / vivido con la<br>población residente) fuera de los Estados Unidos por<br>más de 1 semana?<br>País: _____ | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 9. ¿Ha vivido con alguien que se considera tener alto<br>riesgo de tener TB (un usuario de inyecciones, infección<br>de HIV, prisionero anterior)?  | NO | SÍ | Fecha _____ |

Otra información si no esta en el registro de vacunas:

- |                                                                                              |    |    |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------|
| <input type="checkbox"/> Prueba positiva de TB en cualquier tiempo en el pasado              | NO | SÍ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Historia de tratamiento para una infección de TB o<br>la enfermedad | NO | SÍ | Fecha _____ |

Medicamento tomado: \_\_\_\_\_

Medicamento tomado por \_\_\_\_\_ meses.

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_

Enfermera / Trabajador de salud: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Refer to Primary Care Provider for evaluation \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Refer for Tuberculin Skin Test \_\_\_\_\_

05/07 Maintain original on file.