



Comal County
Office of Public Health

Formulario para la Prueba del Tuberculosis (TB)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ 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. Perdida 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 [por ejemplo un coche] y contacto reciente con alguien con TB contagioso | NO | SÍ | Fecha _____ |
| 7. ¿Se ha mudado recientemente (en los últimos 5 años) a los Estados Unidos de México, de América latina, del Caribe, de África, de Europa Oriental or de Asia? | NO | SÍ | Fecha _____ |
| País: _____ | | | |
| 8. ¿Ha viajado (con contacto substancial / vivido con la población residente) de México, de América latina, del Caribe, de África, de Europa Oriental o de Asia por más de tres semanas? | NO | SÍ | Fecha _____ |
| País: _____ | | | |
| 9. ¿Ha vivido con alguien que se considera tener alto riesgo de tener TB (un usuario de droga intravenoso, infección de HIV, prisionero anterior)? | NO | SÍ | Fecha _____ |

Otra información sí 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 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 _____

05/08 Maintain original on file.