



Para satisfacer el Código de Educación de California Sección 49406 y el Código de Salud y Seguridad Secciones 121525-121555 que requieren el uso de un Cuestionario de Evaluación de Riesgos de Tuberculosis en Adultos y un Formulario de Certificado de Finalización.

Por favor presente este formulario y el cuestionario incluido al centro médico* que complete su examen de detección de tuberculosis (TB).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre : Fecha de nacimiento :
Fecha de evaluación y/o examen : Posición :

INFORME DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Al firmar este formulario, usted confirma que el paciente mencionado anteriormente se ha sometido a una evaluación y/o examen del riesgo de tuberculosis. El paciente no tiene factores de riesgo, o si se identificaron factores de riesgo de tuberculosis, el paciente ha sido examinado y se determinó que no tiene tuberculosis activa.

Firma del proveedor de atención médica : Fecha :

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de molde) :

Dirección de la oficina :

Teléfono : Fax :

*Se sugieren las siguientes ubicaciones para la prueba de detección de TB:

1. Clínica SOS en el Centro BESST - *Durante un tiempo limitado, se ofrecen exámenes de detección de la tuberculosis (excluyendo las radiografías de tórax y análisis de sangre) sin costo alguno para los posibles voluntarios. Por favor, visite la página de información de voluntarios del NMUSD para conocer el horario más actualizado de la clínica.*
2. Médico privado personal, proveedor de atención médica
3. Clínicas locales sin cita previa - como CornerHealth Urgent Care, WellnessMart, CVS Minute Clinic, etc.



Para satisfacer el Código de Educación de California Sección 49406 y el Código de Salud y Seguridad Secciones 121525-121555 que requieren el uso de un Cuestionario de Evaluación de Riesgos de Tuberculosis en Adultos y un Formulario de Certificado de Finalización.

El siguiente cuestionario debe ser administrado por un proveedor de atención médica autorizado (médico, asistente médico, enfermero(a) especializado(a) o enfermero(a) registrado(a)).

- Si NO se identifican factores de riesgo en el Cuestionario de Evaluación de Riesgos, el examen se completa y el Certificado de Finalización se llena y se devuelve al paciente.
- Si hay un factor de riesgo, se debe realizar una prueba cutánea de tuberculosis.
 - Si la prueba de TB es negativa, se puede completar el Certificado de Finalización.
 - Si la prueba de TB es positiva, se debe realizar una radiografía de tórax. Si no hay signos de infección TB, se puede completar el Certificado de Finalización. Una vez que haya tenido resultado positivo, ya no se le puede administrar una prueba de TB. Si usted ha tenido resultado positivo, se le reevaluará para ver si se necesita una radiografía de tórax.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo :

Fecha de nacimiento :

Fecha de la evaluación de riesgo :

EVALUACIÓN DE RIESGO

Antecedentes de prueba de tuberculosis positiva o enfermedad de tuberculosis ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, se debe realizar una revisión de los síntomas y una radiografía de tórax (si no se ha realizado ninguna en los 6 meses anteriores). Si no, continúe con las preguntas abajo.

Factores de Riesgo

Si hay una respuesta de "Sí" a cualquiera de las preguntas a continuación, entonces se debe realizar una prueba cutánea de tuberculina (TST) o una prueba para detectar liberación de interferón gamma (IGRA)(IGRA). Una prueba positiva debe ir seguida de una radiografía de tórax y, si es positivo, se debe considerar el tratamiento o la infección de tuberculosis.

1) Uno o más signos y síntomas de la tuberculosis ☐ Sí ☐ No
◦ *Los síntomas de la tuberculosis incluyen tos prolongada, tos con sangre, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, fatiga excesiva*

2) Nacimiento, viaje o residencia en un país con una tasa elevada de TB durante al menos 1 mes ☐ Sí ☐ No
◦ *Incluye países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o países de Europa occidental y del norte.*
◦ *La prueba para detectar liberación de interferon gamma (IGRA) se prefiere sobre la prueba cutánea de tuberculina (TST) para personas no nacidas en los Estados Unidos*

3) Contacto cercano con alguien con enfermedad infecciosa de tuberculosis durante su vida ☐ Sí ☐ No