



DALLAS COUNTY
HEALTH AND HUMAN SERVICES
Tuberculosis Elimination Division

Screener's Initial

Philip Huang, MD, MPH
Director

Formulario de examen de Tuberculosis

Por favor complete todo el formulario.

La información proporcionada ayudará al trabajador de salud a interpretar los resultados de las pruebas estándar de tuberculosis (TB) para determinar una posible infección. Escriba claramente con tinta negra o azul.

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____ Sexo: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

País de origen (país de nacimiento) _____ Mes/Año de llegada a Estados Unidos _____

Información de Contacto de Emergencia Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Síntomas de TB (marque los que apliquen): ☐ Fiebre ☐ Tos ☐ Sudores nocturnos ☐ Pérdida de peso

☐ Otro: _____ Resultado de prueba de TB anterior : _____ Año: _____

Tratamiento para TB: ☐ No ☐ Si Fechas: _____ Medicamento: completado? ☐ Si ☐ No

Marque los que apliquen a su historial: ☐ Viaje a un país con alto riesgo de TB

☐ Vivió/trabajó en refugio, cárcel o centro de cuidados prolongados

☐ Trabajador de salud

☐ Uso de drogas inyectables

☐ Contacto con un caso de TB

Condiciones médicas (marque todas las que apliquen): ☐ VIH ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Enfermedad renal

☐ Trasplante de órgano ☐ Toma de medicamentos que suprimen el sistema inmunológico

Consentimiento para la prueba de TB

Al firmar abajo, autorizo al personal de Eliminación de Tuberculosis del Condado de Dallas a realizar pruebas diagnósticas de TB, como pruebas de piel o de sangre, y proporcionar tratamiento definitivo o profiláctico según se considere necesario. Entiendo que mi información se mantendrá privada..

Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años):

Soy padre/madre o tutor legal del menor mencionado y doy permiso para la prueba y tratamiento de TB según lo descrito arriba.

Nombre del paciente/tutor (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

TB Prueba de Piel

Para personas con bajo riesgo de TB, para quien la prueba de Tuberculosis no esta indicada en general. Las pruebas cutaneas de tuberculina son positivas **cuando resultan en induracion de 15mm o mas.** ☐ Ningún riesgo identificado ☐ Rehusó la prueba

Recordatorio: Si/cuando se repita la prueba, se debe usar el mismo tipo de prueba (TST o IGRA).

Prueba/Fecha: _____ Hora: _____ ☐ A.M. ☐ P.M. Administrada por:: _____

Ubicacion de Prueba: ☐ Brazo Izquierdo ☐ Brazo Derecho ☐ Otro: _____

Fabricante: _____ Lote #: _____ Fecha de vencimiento: _____

Fecha de lectura: _____ Hora : _____ ☐ A.M. ☐ P.M. Leida por: _____ Lectura: _____ mm

Ensayo de Liberación de Interferón Gamma (IGRA)

Prueba/Fecha: _____ Administrada por: _____

Prueba: QFT-GIT _____ T-Spot _____ Otro: _____

Resultado: Negativo _____ Positivo _____ Indeterminado _____ Limite: _____ (solo T-Spot)

Radiografías de tórax

Radiografías de torax: _____ Resultado: _____

Proveedor de atencion medica: _____

Interprete: _____

Notas de progreso