



PLAN CORRECCIONAL DE EXÁMENES PARA LA TUBERCULOSIS

Nombre del preso:	Fecha de nacimiento:	Fecha de registro:
-------------------	----------------------	--------------------

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre de la instalación:		Administrador de la prisión:	
Dirección física:	Ciudad:	Condado:	Código postal:
Dirección postal:	Ciudad:	Condado:	Código postal:
Correo electrónico:	Número de teléfono:	Número de fax:	
Nombre/puesto de persona de contacto:	Correo electrónico de persona de contacto:	Número de teléfono:	
Instalación operada por: <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número total de empleados:	Capacidad:	Población actual:

FACTORES DE RIESGO DE TB:

1. ¿Se le ha hecho al paciente una radiografía del tórax que mostró la posibilidad de tener TB?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuándo?: ____/____/____
2. ¿El paciente ha tenido contacto reciente con un paciente con TB infecciosa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿El paciente alguna vez ha tenido resultados positivos para una prueba de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Tiene el paciente un historial de enfermedad inmunosupresora o toma medicamentos que podrían causar inmunosupresión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo ¿cuál es el nombre de la enfermedad y el medicamento?: _____
5. ¿El paciente ha estado en prisión anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la prisión?: _____

SINTOMAS DE LA TB

Si los síntomas de la TB están presentes, refiérase inmediatamente para una radiografía de tórax y a un examen médico completo. No espere los resultados de la prueba cutánea de la tuberculina (TST, por sus siglas en inglés) o los resultados de la prueba de sangre de TB.

1. ¿Tos (>3 semanas) o cambios recientes en la tos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tosiendo sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Sudoración nocturna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Pérdida de peso/apetito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Fiebre/escalofríos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL DE TRATAMIENTO:

Fecha de prueba: ____/____/____

Razón principal de la evaluación: Investigación de contacto Prueba selectiva Otra: _____

1. ¿Alguna vez tuvo una reacción adversa a la TST?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
2. ¿Alguna vez tuvo una reacción positiva a la TST?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
3. ¿Alguna vez tuvo una reacción positiva a la prueba de sangre de TB (IGRA)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
4. ¿Alguna vez recibió la vacuna BCG?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
5. ¿Alguna vez fue tratado por una infección de TB latente o TB activa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

PRUEBAS:

Prueba cutánea de la tuberculina (TST/Mantoux/PPD) Fecha de aplicación: ____/____/____ Fecha de resultados: ____/____/____	Induración: ____ mm Impresión: <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva
Ensayo de Liberación de Interferón Gama (IGRA, por sus siglas en inglés) Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> QuantiFERON® <input type="checkbox"/> T-SPOT®	Impresión: <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Indeterminada
Radiografía del tórax (requerido para pruebas TST o IGRA positivas) Fecha: ____/____/____ Impresión: Resultados <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales	Impresión: Resultados <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales
<input type="checkbox"/> Tratamiento de infección de tuberculosis latente (ITBL) (receta y fecha de inicio): Receta: _____ Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Contraindicaciones al INH o RIF para ITBL	<input type="checkbox"/> Tratamiento anterior por TB/ITBL (Receta y duración): Receta: _____ mm <input type="checkbox"/> Tratamiento de ITBL ofrecido pero rechazado

COMENTARIOS ADICIONALES:

RECOMENDACIONES:

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha que se completó: ____/____/____