



REPORTE INICIAL SOBRE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Médico:	Dirección:	Fecha:
Ciudad/Estado/Código postal:	Teléfono:	Fax:

Nuevo caso de TB: No Sí Caso viejo reactivado: No Sí

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Sexo: Masculino Femenino Hispánico: No Sí

Raza: Blanco Negro Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Otro

El paciente identificado anteriormente que se sospecha que tiene o ha sido diagnosticado con tuberculosis ha dado su nombre como su médico responsable. Dado que la tuberculosis es una enfermedad transmisible, el Departamento de Salud Pública del Condado está obligado por ley a garantizar que cada paciente con tuberculosis reciba el tratamiento, la supervisión de seguimiento y la investigación de contacto adecuados. Con el fin de cumplir con los Estatutos de Georgia y para garantizar un cuidado de calidad para este paciente, su requiere de su cooperación para completar, firmar y enviar de vuelta este formulario. Debe entregar este formulario al Departamento de Salud Pública del Condado antes del _____.

INFORMACIÓN MÉDICA:

Fecha de TST: ____/____/____ Resultado: _____ mm Sitio de la TB: _____

Fecha de radiografía del tórax: ____/____/____ Cometarios: _____

Normal Anormal Cavitaria No cavitaria Estable Empeora Mejora

Fecha de tomografía computarizada: ____/____/____ Cometarios: _____

Normal Anormal Cavitaria No cavitaria Estable Empeora Mejora

BACTERIOLOGÍA

Fecha de prueba de VIH: ____/____/____

Resultado: _____

Fecha de recolección	Tipo de espécimen	Frotis	Cultivo	MTB/NTM	Susceptibilidad

Fecha de ALT/SGPT: ____/____/____ Resultado: _____ Fecha de agudeza visual: ____/____/____ Resultado: _____

Fecha de AST/SGOT: ____/____/____ Resultado: _____ Fecha de agudeza visual: ____/____/____ Resultado: _____

MEDICAMENTOS:

ISONIACIDA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA
RIFAMPICINA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA
PIRAZINAMIDA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA
ETAMBUTOL	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA
PIRIDOXINA	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA
_____	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA
_____	_____ MG VÍA ORAL	_____ SEMANA

Fecha de inicio:

_____ (____ dosis administradas)

COMENTARIOS

Persona que completa el formulario: _____

Fecha que se completó: ____/____/____