



NOTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS INTERJURISDICCIONAL PARA ITBL

JURISDICCIÓN QUE DERIVA:		Fecha de envío:
Persona de contacto:	Teléfono:	Fax:
Ciudad:	Condado:	Estado:

ITBL: Reactor Convertidor

Indicación para pruebas:

- Condición médica
 Nacido en el extranjero
 Prueba para empleados
 Contacto reciente con caso de TB infecciosa
 Desamparado/sin techo
 Trabajador migrante
 Residente de hogar de ancianos
 Recluso en una unidad correccional
 Residente de un centro de tratamiento de drogas

Nombre del paciente: _____ Género: M F

También conocido como: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Necesita intérprete? No Sí, indique idioma _____

Nueva dirección: _____ Hispánico: No Sí

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Raza: Blanco Negro Asiático

Nuevo teléfono () _____ Indio americano o nativo de

Alaska _____ Otro: _____

Fecha de llegada prevista a la nueva jurisdicción: ____/____/____ Otro: _____

País de origen del paciente: EE. UU. Otro: _____

Nuevo proveedor de atención a la salud: Desconocido Conocido (nombre, dirección, teléfono)

Contacto de emergencia: Nombre _____ Teléfono: () _____

Relación: _____

Resultados de las pruebas:

Fecha de prueba cutánea de la tuberculina: ____/____/____ Resultado: _____ mm No se hizo la prueba

Fecha de IGRA: ____/____/____ Resultado: Positivo Negativo Indeterminado Limítrofe No se hizo la prueba

Fecha de radiografía del tórax o tomografía computarizada: ____/____/____ Resultado: Normal Anormal, no consistente con la TB activa Otro: _____

Medicamentos/tratamientos

Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____ No se inició el tratamiento

Problemas de adherencia/efectos secundarios:

Medicamento:

ISONIACIDA _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA _____ (____ dosis administradas) _____

RIFAMPICINA _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA _____ (____ dosis administradas) _____

PIRIDOXINA _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA _____ (____ dosis administradas) _____

_____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA _____ (____ dosis administradas) _____

_____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA _____ (____ dosis administradas) _____

Fecha de finalización del tratamiento: ____/____/____

Comentarios:
