



# PLAN CORRECCIONAL DE EXAMEN DE TUBERCULOSIS

<b>Jurisdicción que deriva:</b>	<b>Persona que deriva:</b>	<b>Teléfono:</b>
Departamento de Salud Local (DSL):	Teléfono:	Fax:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:	Fecha de derivación:

Transferido de una institución:  No  Sí      Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono del contacto: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino  
americano o Nativo de Alaska  Otro \_\_\_\_\_

**Hispanico:**  No  Sí **Raza:**  Blanco  Negro  Asiático  Indio

## INFORMACIÓN MÉDICA:

Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Fecha de alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico al momento de admisión: \_\_\_\_\_ Diagnóstico al momento del alta: \_\_\_\_\_

Médico responsable: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de TST: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ mm      Sitio de la TB: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de radiografía del tórax: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Fecha de tomografía computarizada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Historial de salud mental:  No  Sí      Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Historial de drogas/alcohol:  No  Sí      Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

## BACTERIOLOGÍA

Fecha de prueba de VIH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Fecha de recolección	Tipo de muestra	Frotis	Cultivo	Susceptibilidad

**MEDICAMENTOS:**

ISONIACIDA \_\_\_\_\_ MG VÍA ORAL \_\_\_\_\_ X  
 SEMANA  
 RIFAMPICINA \_\_\_\_\_ MG VÍA ORAL \_\_\_\_\_ X  
 SEMANA  
 PIRAZINAMIDA \_\_\_\_\_ MG VÍA ORAL \_\_\_\_\_ X  
 SEMANA  
 ETAMBUTOL \_\_\_\_\_ MG VÍA ORAL \_\_\_\_\_ X  
 SEMANA  
 PIRIDOXINA \_\_\_\_\_ MG VÍA ORAL \_\_\_\_\_ X  
 SEMANA  
 \_\_\_\_\_ MG VÍA ORAL \_\_\_\_\_ X  
 SEMANA

**FECHA DE INICIO:**

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ dosis  
 administradas)  
 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ dosis  
 administradas)

**COMENTARIOS:**


---



---



---



---



---



---

**Persona que completa el formulario:** \_\_\_\_\_

**Fecha que se completó:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_