

Fecha:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F:	Hispanico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:	Condado:

Raza: Blanco Negro Asiático Indio americano o Nativo de Alaska

Otro: _____

Desamparado en el último año: No Sí

País de origen: EE. UU. Otro: _____ Fecha de llegada prevista: ____/____/____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Fecha de prueba cutánea de la tuberculina: ____/____/____ Resultado: _____ mm

Fecha de prueba IGRA: ____/____/____ Resultado: _____ mm

Fecha de radiografía del tórax: ____/____/____ Comentarios:

Normal Anormal Cavitaria No cavitaria Estable Empeora Mejora

Fecha de tomografía computarizada: ____/____/____ Comentarios:

Normal Anormal Cavitaria No cavitaria Estable Empeora Mejora

Diagnóstico: Infección de TB Latente Tratamiento de ITBL previo (fecha): ____/____/____ Otro:

Razón de la prueba: Contacto Médico Población Factores de riesgo desconocidos

TRATAMIENTO DE ITBL:

Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____

Régimen: INH a diario por 6 meses DOT de INH y Rifapentina 12 dosis de una vez por semana

INH a diario por 9 meses DOT de INH cada 2 semanas por 6 meses

Rifampina a diario por 4 meses DOT de INH cada 2 semanas por 9 meses

CERRADO:

Fecha de cierre: ____/____/____ Razón de cierre: Tratamiento completado Cliente lo detuvo

TB activa diagnosticada Perdido durante el seguimiento

Terapia: DOT Sí No Falleció Decisión del proveedor:

Toxicidad

Tanto individual como observada Mudanza: Se transfirió

Decisión del proveedor: Otra

el cuidado a: _____ Especificar: _____

Mudanza: Seguimiento desconocido

Comentarios:

Nombre del médico: _____

Fecha: __/__/__

