

CUESTIONARIO DE CERNIMIENTO INICIAL PARA TUBERCULOSIS

_____	_____	_____	____/____/____
Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
_____		_____	_____
Dirección		Pueblo	Código Postal
_____	_____	____/____/____	
Teléfono 1	Teléfono 2	Fecha actual	

CIRCULE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS QUE TENGA HOY

Tos Tos con sangre Fiebre Pérdida de Peso Cansancio Sudores en la noche

POR FAVOR CONTESTE ESTAS PREGUNTAS

¿Por qué necesita una prueba de tuberculina hoy?			
¿Alguna vez ha tenido una prueba de tuberculina positiva?	Sí	No	No sé
Si sí, ¿tiene evidencia o documentación de esos resultados positivos?	Sí	No	No sé
¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a la prueba de tuberculina?	Sí	No	No sé
¿Alguna vez ha tomado medicinas para la Tuberculosis ?	Sí	No	No sé
¿En qué país nació?			
Si nació fuera de PR / EU, ¿cuándo se mudó a PR / EU?			
¿A qué países ha viajado en los últimos 5 años?			
¿Ha estado en contacto con alguien con Tuberculosis?	Sí	No	No sé
¿Alguna vez se ha inyectado drogas intravenosas?	Sí	No	No sé
¿Tiene VIH o SIDA?	Sí	No	No sé
¿Tiene alguna enfermedad o está tomando algún tratamiento que pueda afectar su sistema inmunológico?	Sí	No	No sé
¿Tiene diabetes?	Sí	No	No sé
¿Tiene enfermedad severa de los riñones?	Sí	No	No sé
¿Está bajo peso o tiene una enfermedad que afecta como su cuerpo absorbe comida y nutrientes?	Sí	No	No sé
¿Ha tenido una gastrectomía o bypass intestinal?	Sí	No	No sé
¿Está tomando medicamentos recetados? Si sí, indique cuales:	Sí	No	No sé

continúe en la próxima página →

