

**PROGRAMA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**  
**P. O. BOX. 70184, SAN JUAN, P.R. 00936, Tel. 787-274-5553 Fax. 787-274-5559**

<b>INFORME INICIAL DE CASO</b> <input type="checkbox"/> <b>SOSPECHOSO (Categoría V)</b> o <input type="checkbox"/> <b>CONFIRMADO (Categoría III)</b>																							
<b>Apellidos:</b> _____						<b>Nombre:</b> <input type="checkbox"/> _____																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">N</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">u</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">m</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">e</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">r</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">o</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">E</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> </tr> </table>												3	N	u	m	e	r	o	E				
3	N	u	m	e	r	o	E																
<b>4 Dirección:</b>																							
Pueblo _____				Código Postal _____				Teléfono: _____ - _____ - _____															
<b>No. Expediente:</b> _____						<b>No. Seguro Social:</b> _____																	
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Oficina Privada <input type="checkbox"/> Otro																							
<b>8 Nacimiento:</b> ____/____/____ mes/día/año			<b>14 Casos con 14 años o Menos:</b> Fuera de PR o EU por más de 2 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lugar: _____ Guardián <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Otro: _____ Guardián <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Otro: _____																				
<b>9 Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>10 Étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		<b>11 Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo EU			<b>12 Nacido:</b> <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> PR (un padre PR o ciudadano de EU ) <input type="checkbox"/> PR (padres no PR ni ciudadanos de EU) <input type="checkbox"/> Otro: _____			<b>13 Entrada a PR o EU:</b> ____/____ (mes/año)													
<b>35 Estatus de Inmigración al Entrar:</b> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Visa de Inmigrante <input type="checkbox"/> Visa de Estudiante <input type="checkbox"/> Visa de Empleo <input type="checkbox"/> Visa de Turista <input type="checkbox"/> Visa de Familia/Prometido <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rehúsa Contestar/Desconoce																							
<b>7 Diagnóstico Previo:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Año: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<b>15 Al Momento del Diagnóstico:</b> <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto Relacionada a TB: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de Muerte: ____/____/____ (mes/día/año)																			
<b>16 Lugar de la Enfermedad:</b> <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Extrapulmonar: _____																							
<b>Toma de Espudo:</b> ____/____/____ #ID. _____						<b>Toma de Otra Muestra:</b> _____: ____/____/____ #ID. _____																	
<b>17</b> Baciloscopia: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Hecha						<b>19</b> Baciloscopia: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Hecha																	
<b>18</b> Cultivo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Hecha <input type="checkbox"/> Otra Reporte de Cultivo: ____/____/____						<b>20</b> Cultivo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Hecha <input type="checkbox"/> Otra Reporte de Cultivo: ____/____/____																	
Nombre de Laboratorio: _____						Nombre de Laboratorio: _____																	
<b>22a Radiografía Inicial:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (TB) <input type="checkbox"/> No Hecha <input type="checkbox"/> Cavitaria <input type="checkbox"/> No Cavitaria Evidencia de TB miliar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				<b>22b CT/Otro Inicial:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (TB) <input type="checkbox"/> No Hecha <input type="checkbox"/> Cavitaria <input type="checkbox"/> No Cavitaria Evidencia de TB miliar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				<b>23 Tuberculina:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No Hecha Lectura ____mm															
<b>25 Razón Primaria de Evaluación:</b> <input type="checkbox"/> Síntomas <input type="checkbox"/> Radiografía anormal (TB) <input type="checkbox"/> Investigación de contactos <input type="checkbox"/> Pruebas en actividades/Grupo de alto riesgo <input type="checkbox"/> Trabajador de la salud <input type="checkbox"/> Prueba para empleo <input type="checkbox"/> Examen de inmigración <input type="checkbox"/> Laboratorio incidental																							
<b>26 Prueba de VIH:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Rehúsa <input type="checkbox"/> No Ofrecida <input type="checkbox"/> En Espera Fecha: ____/____/____						<b>29 Cuidado Prolongado:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Hospitalario <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Rehabilitación (droga/alcohol) <input type="checkbox"/> Otro <b>30 Empleo en:</b> _____ <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Penal <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> No Búsqueda de Empleo (estudiante, ama de casa, incapacitado)																	
<b>27 Deambulante:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						<b>31 Usuario DI:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																	
<b>28 Penal:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Otra: _____ Bajo custodia de inmigración: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						<b>32 Otras Drogas:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																	
						<b>33 Alcoholismo:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																	

**PROGRAMA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**  
**P. O. BOX. 70184, SAN JUAN, P.R. 00936, Tel. 787-274-5553 Fax. 787-274-5559**

**CONTINUACION DE INFORME INICIAL**

<b>Apellidos:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>3</b>	N	u	m	e	R	o	E	E
<b>34 Otros Factores Documentados:</b> <input type="checkbox"/> Contacto: Caso MDR <input type="checkbox"/> Contacto: Caso Infeccioso <input type="checkbox"/> Contacto Perdido <input type="checkbox"/> Tto ITBL Incompleto <input type="checkbox"/> Terapia Antagonista TNF-α <input type="checkbox"/> Trasplante Post-Órgano <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Terminal <input type="checkbox"/> Inmunosupresión <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N/A										
<b>Síntomas:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Hemoptisis <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Sudor Nocturno <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso										
<b>PESO:</b> ____ libras <b>ESTATURA:</b> ____ pies ____ pulgadas										
<b>36 Tratamiento Inicial:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> TOD <input type="checkbox"/> No TOD <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sin Tratamiento</span>										
<b>37 Dosis:</b> INH ____ RIF ____ PZA ____ EMB ____ SM ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____										
<b>Hospitalización:</b> Inst. _____ Teléfono: ____-____-____ Admitido ____/____/____ Alta ____/____/____										
<b>Médico:</b> _____ <b>No. Licencia:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ Teléfono: ____-____-____										
<b>46</b> <input type="checkbox"/> Inst. Pública <input type="checkbox"/> Inst. Privada <input type="checkbox"/> Penal/Facilidad <input type="checkbox"/> Hospitalizado(único) <input type="checkbox"/> Otro <span style="float: right;"><i>Reforma</i> ○</span>										
<b>1 Reporte al DS:</b> ____/____/____ <b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono:</b> ____-____-____										
<b>Fuente de Reporte:</b> <input type="checkbox"/> Médico Privado <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Penal <input type="checkbox"/> Clínica TB <input type="checkbox"/> Otro: _____										
<b>2 Envío al DS (Informe Inicial):</b> ____/____/____ (mes/día/año) <b>por:</b> _____						<b>5-6 Confirmado:</b> ____/____/____ (mes/día/año)				
						<b>Reporte al CDC:</b> ____/____/____ (mes/día/año)				
<b>Técnico de Epidemiología o Manejador de Caso Asignado</b>				<b>Evaluación de Contactos Iniciada:</b> <input type="checkbox"/> Sí ____/____/____ <input type="checkbox"/> No				<b>Próxima Cita:</b> ____/____/____		
<b>Comentarios:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____										