

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

INFORME INICIAL DE CASO <input type="checkbox"/> SOSPECHOSO (Categoría V) o <input type="checkbox"/> CONFIRMADO (Categoría III)										
Apellidos: _____			Nombre: _____			3 N u m e r o E				
4 Dirección:										
Pueblo _____			Código Postal _____			Teléfono: _____ - _____ - _____				
No. Expediente: _____ <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Oficina Privada <input type="checkbox"/> Otro					No. Seguro Social: _____					
8 Nacimiento: ____/____/____ mes/día/año		14 Casos con 14 años o Menos: Fuera de PR o EU por más de 2 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lugar: _____ Guardián ¹ <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Otro: _____ Guardián ² <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Otro: _____								
9 Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	10 Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		11 Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo EU			12 Nacido: <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: _____			13 Entrada a PR o EU: ____/____ (mes/año)	
35 Estatus de Inmigración al Entrar: <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										
7 Diagnóstico Previo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Año: _____			15 Al Momento del Diagnóstico: <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)							
16 Lugar de la Enfermedad: <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Extrapulmonar: _____										
Toma de Espudo: ____/____/____ #ID. _____					Toma de Otra Muestra: _____: ____/____/____ #ID. _____					
17 Baciloscopia: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Hecha					19 Baciloscopia: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Hecha					
18 Cultivo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Hecha <input type="checkbox"/> Otra Reporte de Cultivo: ____/____/____					20 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: _____					
22a Radiografía Inicial: ____/____/____ <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			22b CT/Otro Inicial: ____/____/____ <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			23 Tuberculina: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No Hecha Lectura _____mm				
25 Razón Primaria de Evaluación: <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										
26 Prueba de VIH: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Rehúsa <input type="checkbox"/> No Ofrecida <input type="checkbox"/> En Espera Fecha: ____/____/____					29 Cuidado Prolongado: <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 30 Empleo en: _____ <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)					
27 Deambulante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					31 Usuario DI: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
28 Penal: <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					32 Otras Drogas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
					33 Alcoholismo: <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

Apellidos:	Nombre:	3	N	u	m	e	R	o	E	E
34 Otros Factores Documentados: <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										
Síntomas: ____/____/____ <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										
PESO: ____ libras ESTATURA: ____ pies ____ pulgadas										
36 Tratamiento Inicial: ____/____/____ <input type="checkbox"/> TOD <input type="checkbox"/> No TOD <input type="checkbox"/> Sin Tratamiento										
37 Dosis: INH ____ RIF ____ PZA ____ EMB ____ SM ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____										
Hospitalización: Inst. _____ Teléfono: ____-____-____ Admitido ____/____/____ Alta ____/____/____										
Médico: _____ No. Licencia: _____ Dirección: _____ Teléfono: ____-____-____										
46 <input type="checkbox"/> Inst. Pública <input type="checkbox"/> Inst. Privada <input type="checkbox"/> Penal/Facilidad <input type="checkbox"/> Hospitalizado(único) <input type="checkbox"/> Otro <i>Reforma</i> <input type="radio"/>										
1 Reporte al DS: ____/____/____ Nombre: _____ Teléfono: ____-____-____										
Fuente de Reporte: <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: _____										
2 Envío al DS (Informe Inicial): ____/____/____ (mes/día/año) por: _____						5-6 Confirmado: ____/____/____ (mes/día/año)				
						Reporte al CDC: ____/____/____ (mes/día/año)				
Técnico de Epidemiología o Manejador de Caso Asignado				Evaluación de Contactos Iniciada:				Próxima Cita:		
				<input type="checkbox"/> Sí ____/____/____ <input type="checkbox"/> No				____/____/____		
Comentarios:										