



**PROGRAMA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INFORME DE PRUEBAS DE TUBERCULINAS E IGRAS POSITIVAS**

Información del Paciente			
Nombre:		Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil:	Núm. Teléfono: () -	
Ocupación:	Lugar de Trabajo o Estudio:		
Dirección Postal:		Código de Área:	
Dirección Física:		Código de Área:	
Vacuna BCG: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	País de Nacimiento:	Nombre de Padre o Guardián (para menores de 18 años):	
Tipo de Prueba Realizada:			
<input type="checkbox"/> PPD		<input type="checkbox"/> IGRA (Quantiferon TB Gold)	
Fecha Aplicación PPD: ____/____/____ Mes Día Año	Fecha Lectura PPD: ____/____/____ Mes Día Año	Fecha Aplicación: ____/____/____ Mes Día Año	Resultado IGRA(Quantiferon TB Gold): <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Lectura PPD (en mm): _____			
¿Se refirió paciente para placa de pecho? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se comenzó paciente en tratamiento preventivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Se refirió paciente a otra facilidad? <input type="checkbox"/> SI - Especifique cual: _____ <input type="checkbox"/> NO			
Marque Factores de Riesgo, si alguno:			
<input type="checkbox"/> Contacto con Paciente Infeccioso (2 años o menos)	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cándor
<input type="checkbox"/> Uso de Drogas	<input type="checkbox"/> Consumo Excesivo de Alcohol	<input type="checkbox"/> Deambulante	<input type="checkbox"/> Nacido/Visita País de Alta Incidencia
<input type="checkbox"/> Peso Corporal Debajo de lo Normal	<input type="checkbox"/> Otro - Especifique: _____		
Información de Profesional que hace Referido			
Nombre de Profesional que hace Referido:		Núm. Licencia Profesional:	
Agencia/Clínica:	Núm. Teléfono: () -	Correo Electrónico:	
Dirección:		Código de Área:	