



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

SOSPECHOSO (Categoría V) o CONFIRMADO (Categoría III)

N	u	m	e	r	o	E			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

4 Dirección:

Pueblo _____ Código Postal _____ Teléfono: _____-_____-_____

No. Expediente: _____

No. Seguro Social: _____

Hospital Clínica Oficina Privada Otro

8 Nacimiento:

____/____/____
mes/día/año

14 Casos con 14 años o Menos:

Fuera de PR o EU por más de 2 meses: Sí No Lugar: _____

Guardián¹ PR EU Otro: _____ Guardián² PR EU Otro: _____

9 Sexo:

M
 F

10 Étnico:

Hispano
 No Hispano

11 Raza:

Blanco Negro
 Asiático Indio Nativo EU

12 Nacido:

EU PR (un padre PR o ciudadano de EU)
 PR (padres no PR ni ciudadanos de EU)
 Otro: _____

13 Entrada a PR o EU:

____/____/____
(mes/año)

7 Diagnóstico Previo:

No Sí Año: _____

15 Al Momento del Diagnóstico: Vivo Muerto

Relacionada a TB: Sí No Fecha de Muerte: ____/____/____

16 Lugar de la Enfermedad: Pulmonar Pleural Extrapulmonar: _____

Toma de Esputo: ____/____/____ #ID. _____

Toma de Otra Muestra: _____: ____/____/____ #ID. _____

17 Baciloscopia: Positivo Negativo No Hecha

19 Baciloscopia: Positivo Negativo No Hecha

18 Cultivo: Positivo Negativo No Hecha Otra

20 Cultivo: Positivo Negativo No Hecha Otra

Reporte de Cultivo: ____/____/____

Reporte de Cultivo: ____/____/____

Nombre de Laboratorio: _____

Nombre de Laboratorio: _____

22a Radiografía Inicial: ____/____/____

Normal Anormal (TB) No Hecha
 Cavitaria No Cavitaria

Evidencia de TB miliar: No Sí

22b CT/Otro Inicial: ____/____/____

Normal Anormal (TB) No Hecha
 Cavitaria No Cavitaria

Evidencia de TB miliar: No Sí

23 Tuberculina: ____/____/____

Positiva Negativa No Hecha
Lectura _____mm

26 Prueba de VIH:

Negativo Positivo Rehúsa No Ofrecida En Espera

Fecha: ____/____/____

29 Cuidado Prolongado: No Clínico Hospitalario

Residencial Mental Rehabilitación (droga/alcohol) Otro

30 Empleo en: _____

Salud Penal Migratorio Otro Retirado Desempleo

No Búsqueda de Empleo (estudiante, ama de casa, incapacitado)

27 Deambulante: No Sí

31 Usuario DI: No Sí

28 Penal: No Federal Estatal Juvenil Otra: _____

32 Otras Drogas: No Sí

Bajo custodia de inmigración: No Sí

33 Alcoholismo: No 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: <input type="checkbox"/> Sí ____/____/____ <input type="checkbox"/> No				Próxima Cita: ____/____/____		
Comentarios: _____ _____ _____ _____ _____ _____										