Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas **Evaluación inicial del riesgo sanitario de la tuberculosis/Historial**

Núm. del SS	# Medicaid/Seguro Popular	FDN	Sexo	Teléfono 1	
Apellido	1er. Nombre	2º. Nombre	1	Teléfono 2	
Domicilio (Calle y Núm.)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal	
Domicilo (Calle y Num.)	Ciudad	Condado	Estado	Codigo postal	
	Clasif	icación ATS			
0-Sin exposición a	<i>M.TB</i> , no infectado	3-Enfermedad	de <i>M.TB</i> , clínicame		
	☐ 1-Exposición a <i>M.TB</i> , sin evidencia de infección ☐ 4-Enfermedad de <i>M.TB</i> previa, no clínicamente activa ☐ 5-Sospecha de <i>M.TB</i> , diagnóstico pendiente				
	z, sir siricimedad de 12 deliva	o coopeana ac	, m. r B, diagnoodico	portatorito	
	Evalua	ación Inicial			
	aluación para TB 🔲 Investigación				
	ılud ☐ Pruebas para empleo/adr ax (consistente con TB) ☐ Resul				
Fecha de la evaluación	T i		<u> </u>		
	ı: 🗌 Clínica 🔲 Hogar del pacier	nte 🗌 Hospital 🔲 Cár	cel/prisión		
Centro atención lar	go plazo Otro; especifique, si	es otro:			
	Pacientes de TB Pedi	átricos (<15 años	de edad)		
País de origen del tuto	r principal:	Parentesco	con el tutor principa	l:	
El paciente vivió fuera		Países:			
Sí No Se de	esconoce				
		/ 61			
D. C. L. delana		Demográficos	sytuaniana da nadua		
País de origen:		ido en EE UU (o en el e idounidense): 🔲 Sí 🔲	No	o madre	
Fecha de llegada a EE					
Raza: Amerindio o nativo de Alaska		Origen étnico: Hisp		o/latino	
	o Afroamericano de Hawái o Islas del Pacífico	Se desconoce Sin respuesta			
	sconoce Sin respuesta	Oriente Medio: Sí	П №		
Otras razas:		Si respondió "Sí", esp	_		
		· · ·	' '		
Nacido en el Extranjero o Viajes a Otros Países					
	rimer ingreso a EE UU: 🔲 No ap				
☐ Visa de empleo ☐ Visa de turista ☐ Visa familia/prometido ☐ Refugiado ☐ Asilado o libertad condicional					
Otro estatus migratorio Se desconoce Especifique otros:					
Notificación de llegada de extranjero con TB clase: A B1 B2 B3 Número extranjero: Status binacional: Contactos Pruebas laboratorio/radiológica En cruce de fronteras o transnacional					
☐ Cruce de fronteras no contado ☐ Figura en programa binacional solo/es binacional					
¿En los últimos 2 años, residió o viajó a un país con alta prevalencia de TB?: País:					
☐ Sí ☐ No					
Fecha de viajes:		Duración aproximada			
	horas consecutivas mientras	Medio de transporte: ☐ Barco/bote	☐ Aereo ☐ Auto	bús 🔝 Tren	
tenía síntomas? □ Sí □ No		Especifique:			
Comentarios:					
1					

Apel Prim		Segun F	DN
Historial de TB e Infección de TB Previas			
Recurrencia o diagnóstico previo de TB o infección de TB:			
Historial: Documentado Autoinforme	COOLOTT GC TD		No
	Núm. de caso	o estatal (si fue notificado en Texas después de 1993):	
El año más reciente del diagnóstico previo:		Más de un episodio previo:	Se descon
Fecha inicio de tratamiento de TB previo:		Fecha inicio de tratamiento de TB previo:	
Fecha término tratamiento de TB previo:		Fecha término tratamiento de TB previo:	
Régimen anterior para la TB/Dosificación (mg	۵).	Régimen anterior para la TB/Dosificación (mg	1).
Tregimen antenor para la 16/00silicación (m)	9).	regimen antenoi para la 16/60silicación (mg	1)-
Tratamiento previo de TB documentado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		Tratamiento previo de TB documentado:	
	1.4.1.	Sí No Se desconoce	
Tratamiento previo de TB se consideró comp	oletado:	Tratamiento previo de TB se consideró completado:	
		Sí No Se desconoce	
IGRA previa positiva: ☐ Sí ☐ No ☐ QFT Fecha:	☐ T-SPOT	Fecha de Rx tórax: Resultado: ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Se desconoce	
TST previa positiva: Sí No			vidades
Induración: mm Fecha:		resultado anormai. 🔲 Gavidades 🔛 Giri ca	Vidades
Comentarios:	L		
		/	
		Exposición a TB	- ~
Exposición conocida a un caso de TB activa:		o ¿Cuántos años?: Más de 3 años 3	años o menos
Fecha: Parentesco con	ei paciente:		_
Comentarios:			
_		tomas	
	Sí 🗌 No	El paciente es sintomático: Sí No	Se desconoce
Fecha de evaluación de síntomas de TB:	Facha anasi	C Cónta mas	Tooks specie
Síntomas Dolor en el pecho:	Fecha apari	c Síntomas Pérdida de peso (>10%):	Fecha aparic
Sí No No aplica		Sí No No aplica	
Falta de aliento:		Micción frecuente, orina c/sangre o dolor	
☐ Sí ☐ No ☐ No aplica		en costado: ☐ Sí ☐ No ☐ Ño aplica	
Fiebre/escalofríos:		Dolor de cabeza, disminución del nivel de	
☐ Sí ☐ No ☐ No aplica		conciencia o rigidez de cuello: ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica	
Sudores nocturnos:		Inflamación de articulaciones/vértebras:	_
☐ Sí ☐ No ☐ No aplica		☐ Sí ☐ No ☐ No aplica	
Tos (persistente x 3 semanas):		Agrandamiento nódulos linfático-cervicales:	
Sí No No aplica		☐ Sí ☐ No ☐ No aplica	
Tos con flemas: ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica		Inflamación de nódulos linfáticos: ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica	
Sí No No aplica Hemoptisis:		Dolor en los ojos o visión borrosa:	
Sí No No aplica		Sí No No aplica	
Fatiga:		Inflamación dolorosa en otras partes:	
☐ Sí ☐ No ☐ No aplica		Sí No No aplica	
Pérdida del apetito:		Otro: Sí No No aplica	
Sí No No aplica		Especifique otro:	
Fuente de información de los síntomas:		Se indicó aislamiento respiratorio: Sí No	
☐ Entrevista a paciente ☐ Familiar/amigo ☐ Historia clínica ☐ Otro Especifique otro:		Fecha de inicio de aislamiento respiratorio:	
Notas:			
เพงเลง.			

Apel Prim Segun FDN Datos Clínicos Fecha de la valoración clínica: Peso: Ib kg Recomendaciones según el IMC: Estatura: ft in cm Peso de al menos 10% inferior al peso ideal: Sí No Comentarios:				
Fecha de la valoración clínica: Peso: Ib kg Recomendaciones según el IMC: Estatura: ft in cm				
Fecha de la valoración clínica: Peso: Ib kg Recomendaciones según el IMC: Estatura: ft in cm				
Peso: Ib kg Recomendaciones según el IMC: Estatura: ft in cm				
Estatura: ft in cm				
Peso de al menos 10% interior al peso ideal: 1 Si 1 No 1 Comentarios:				
,				
Se estima que hace 3 meses pesaba: lb kg				
Presión arterial: sistólica diastólica				
Fecha en que se le tomó la temperatura: Temperatura: F C				
Historial Médico				
Fecha de elaboración del historial médico:				
Alergias: Sí No Comentarios:				
Artritis/gota: Sí No Comentarios:				
Uso de Remicade Humira Enbrel				
Autoinmunidad: Sí No Comentarios:				
Cáncer: Cabeza Cuello Otro Comentarios:				
Especifique otro:				
Síndrome de malabsorción crónica: Sí No Comentarios:				
Insuficiencia renal crónica: Sí No Comentarios:				
Corticosteroides (recibió un equivalente a >15 mg/d Comentarios:				
prednisona durante >1 mes): Sí No Diabetes mellitus: Sí No Comentarios:				
Diabetes mellitus: ☐ Sí ☐ No Comentarios: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2				
Diabetes controlada: Sí No Se desconoce Comentarios:				
Controlada con: Píldoras Insulina Se desconoce Comentarios:				
Gastrectomía/GI o derivación yeyunoileal: Sí No Comentarios:				
Ginecología: Sí No Comentarios:				
Enfermedad cardiaca/vascular periférica: Sí No Comentarios:				
Hipertensión/Accidente cerebrovascular: Sí No Comentarios:				
Discapacidad intelectual/Retrasos del desarrollo: Comentarios: Comentarios:				
Leucemia: Sí No Comentarios:				
Enfermedad hepática/hepatitis (factores de riesgo HepB/C: Comentarios:				
Drogas inyect., HIV+ o nacido en Asia, África o cuenca del				
Amazonas): Sí No				
Linfoma: Sí No Comentarios:				
Enfermedad mental: Sí No Ansiedad Comentarios:				
☐ Depresión ☐ Esquizofrenia ☐ Otra ☐ Se desconoce				
Especifique otra:				
¿Cuándo? (marque lo que corresponda): Actualmente En los últimos 12 meses Siempre				
Neurología/convulsiones: Sí No Comentarios:				
Trasplante de órganos: Sí No Comentarios:				
Posparto: Sí No Comentarios:				
Problemas respiratorios: Sí No Comentarios:				
Silicosis/asbestosis: Sí No Comentarios:				
EDIRECTION LE COMPUTATION L'AMPLIATION				
Enfermedad de la piel: Sí No Comentarios: ETS (enfermedad transmisión sexual): Sí No Comentarios:				
ETS (enfermedad transmisión sexual): Sí No Comentarios:				
ETS (enfermedad transmisión sexual): Sí No Comentarios: Cirugías/hospitalizaciones: Sí No Comentarios:				
ETS (enfermedad transmisión sexual): Sí No Comentarios: Cirugías/hospitalizaciones: Sí No Comentarios: Tiroides: Sí No Comentarios:				
ETS (enfermedad transmisión sexual): Sí No Comentarios: Cirugías/hospitalizaciones: Sí No Comentarios:				

Apel Prim			Segun	FDN	
Proveedor de atención primaria:	Nombre d	lel proveedor de	atención primaria:	Teléfono:	
Proveedor de atención especializ	zada: 🗌 Sí 🔲	No		-	
Especialidad: Neumólogo Enfermedades inferencia neumólogo Otro		s infecciosas	Nombre del proveedor	de atención especializada:	
Especifique otro:	,- 🗀		Teléfono:		
VIH, estatus: Indeterminado	Negativo en	el último año	Ciudad/Condado Núm. de VIH:		
☐ No se informa ☐ Positivo ☐					
☐ No conoce resultados de prue	ebas realizadas				
Se desconoce si se hicieron					
Recuento de CD4, si VIH+:			Fecha, si VIH+:		
Se proporcionó asesoramiento se	obre VIH y deriv	/ación: 🗌 Sí 📗	No		
			epto los fármacos		
Medicamento	Fecha inicio D	Dosis/Horario	Fecha de suspensión	Proveedor/Centro que prescribe	
N		medicamentos adici	onales, de ser necesario)		
Nombre de la persona que elabo					
Nombre del intérprete (si lo hubo Barreras al cumplimiento: Sí					
		entarios: manas: ☐ Sí [No Fecha:		
Inmunización con virus vivos en las últimas 6 semanas				a) MMPV (sarampián	
Inmunizaciones recibidas: ☐ FluMist (influenza) [paperas, rubeola, varicela) ☐ Rotavirus ☐ Herpe					
paperas, rubeola, varicela) 🗌 Rotavirus 🔲 Herpes zóster (shingles) 🗍 Viruela 🗍 Varicela 🗍 Fiebre amarilla					
	Em	barazada/En	nbarazo		
			No", ¿estuvo embaraza		
Sí No Se desconoce		diagnóstico? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce			
Si respondió "Sí", a partir de (fecha):		Resultados: Nacido vivo Aborto espontáneo			
		□ Nacido muerto □ Interrupción □ Otro			
		Especifique of			
			echa del resultado:		
		Parto a término: Sí No Se desconoce			
Notas clínicas sobre el embarazo:		¿El bebé fue evaluado para TB? Sí No Se desconoce			
		Resultado de la evaluación: Positivo Negativo Indeterminado Otro Se desconoce			
		Especifique of		SCOTIOCE	
			lio. la evaluación: 🔲 Infec	ción de TR	
		☐ Periodo ventana de infección de TB ☐ Sospecha de TB ☐ Enfermedad de TB ☐ Sin enfermedad activa ni infección de TB			
		Centro de maternidad donde nació vivo:			
			¿Alguien en el hogar de la paciente tuvo un bebé en los últimos 3		
		meses? \square Sí \square No \square Se desconoce			

Apel	Prim	Segun	FDN

Historial Social y Riesgos			
Riesgos para la población	Riesgos médicos		
Contacto con paciente infeccioso con TB (2 años o menos): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Cáncer: ☐ Cabeza ☐ Pulmón ☐ Cuello		
Contacto con caso de farmacorresistente TB (2 años o menos): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Insuficiencia renal crónica o con hemodiálisis: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		
Residente en el centro urbano: Sí No Se desconoce	Si el paciente tiene diabetes, ¿se le proporcionó educación sobre nutrición? Sí No		
Bajos ingresos: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Enfermedad renal en etapa terminal: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		
Historial de situación sin hogar (actual o en el pasado): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Historial de TB activa no tratada o tratada inadecuadamente, incluidos cambios fibróticos según Rx compatibles con TB previa: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		
Residente actual de refugio para personas sin hogar:	Inmunosupresión (no VIH/SIDA): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		
Sin hogar en el último año: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Tratamiento incompleto de la infección por TB: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		
Historial de encarcelamiento (actual o en el pasado): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Se perdió el contacto (2 años o menos): Sí No Se desconoce		
Tipo de centro correccional: Prisión federal Centro correccional para jóvenes	Infectado recientemente con <i>M. tuberculosis</i> (en los últimos 2 años): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		
☐ Cárcel local (en ciudad o condado) ☐ Prisión estatal ☐ Otro centro correccional ☐ Se desconoce Especifique otro:	Conversión de la prueba cutánea - aumento de 10mm o más en 2 años: Sí No Se desconoce		
¿Está el detenido bajo custodia del ICE? ☐ Sí ☐ No	Terapia con antagonistas del TNF-alfa: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce		
Bajo la custodia del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas: ☐ Sí ☐ No	Otros riesgos médicos: Sí No Se desconoce Especifique otro:		
Fecha de encarcelamiento al momento del diagnóstico:	¿El empleador o el programa escolar exigen la prueba?: ☐ Sí ☐ No		
Residente actual en un centro de atención a largo plazo:	¿Consumo de drogas inyectadas en el último año? ☐ No ☐ Drogas inyectadas ☐ Cocaína ☐ Heroína		
Residente en otro entorno concurrido al momento del diagnóstico: Colonia Persona desplazada Dormitorio universitario	☐ Otras drogas ilícitas Especifique otras: Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: ☐ Sí ☐ No		
☐ Niño/menor extranjero no acompañado (UAC) ☐ Refugio para personas sin hogar ☐ Otro Especifique otro:	¿Consumo de drogas no inyectadas en el último año? ☐ No ☐ Marihuana ☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Crack ☐ Metanfetaminas ☐ Otra droga ilícita		
Empleado en un entorno o institución concurrida de alto riesgo: Sí No Se desconoce	Especifique otra: Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: Sí No		
Ocupación principal en el último año: Empleado de centro correccional Trabajador de la salud Inmigrante/trabajador temporal No está buscando empleo	Consumo de tabaco: Sí No Cajetillas diarias: Años de consumo: Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: Sí No		
☐ Jubilado ☐ Desempleado ☐ Otro ☐ Se desconoce Especifique otro:	Consumo de alcohol: Sí No Se desconoce En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió más de 4 bebidas?		
Tipo de empleado de centro correccional: ☐ Recluso ☐ Voluntario	☐ 0-4 días ☐ 5 días o más ☐ Se desconoce Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: ☐ Sí ☐ No		
Razón por la que no está buscando empleo: Menor Discapacidad Ama de casa Institucionalizado Estudiante			
Notas sobre el factor de riesgo médico:			

Apel Prim	Segun FDN
Localización de	e la Enfermedad
Huesos o articulaciones	Sistema linfático: se desconoce
Aparato genitourinario	Meninges
Laringe	Peritoneal
Sistema linfático: axilar	Pleural
Sistema linfático: cervical	Pulmonar
Sistema linfático: intratorácica	No se indica el sitio
Sistema linfático: otra	Otra
Especifique otra localización (código anatómico):	
Especifique offa localización (codigo anatomico).	
Otra Inform	ación Clínica
	M. bovis
M. bovis	M. bovis (BCG)
<u> </u>	
Contacto con ganado: Sí No Se desconoce	Historial de BCG: ☐ Sí ☐ No
Consumió lácteos no pasteurizados:	Fechas de BCG:
☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Recibe BCG como tratamiento contra el cáncer:
Información compartida con Zoonosis: Sí No	☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Fecha de notificación a Zoonosis:	Fechas:
Fecha de notificación a Zoonosis.	rechas.
No	otas
	T
Firma de la persona que elaboró el historial Fecha	Firma del intérprete (si lo hubo) Fecha