|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Fecha de Referencia |  |

*Nota: todas las fechas deben estar en el formato mes, día, año*

|  |
| --- |
| El Programa de TB Binacional fue establecido por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. La meta de este programa es reducir la tasa y la transmisión de tuberculosis en la región fronteriza de Texas y México. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo del Paciente** | | | | **Fecha de Nacimiento** | | | **Sexo** |
|  | | |  |  | |  | M  F |
| **Dirección residencial, cuidad, estado, código postal** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Teléfono** | | | | | | | |
| Casa: |  | Trabajo: | | |  | | |
| Celular: |  | Otro: | | |  | | |

|  |
| --- |
| Para ser ingresado al programa binacional, el paciente debe contar con al menos uno de los siguientes criterios. Seleccione los criterios de calificación adecuados para el paciente. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Vive en México y tiene parientes en los Estados Unidos |
|  | Tiene residencia en México y los Estados Unidos |
|  | Tiene contactos en ambos lados de la frontera, en Estados Unidos y en México |
|  | Inició tratamiento en los Estados Unidos y regresó a México o viceversa |
|  | Se refirió de los Estados Unidos para tratamiento o seguimiento en México |

**Motivo de Referencia**

Caso  Asociado  Contacto  TB Latente  Sospechoso  Otro:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jurisdicción de Referencia** | | | | | | | |
| Nombre del Programa/Clínica | | | Teléfono | | | Fax | |
|  | |  |  | |  |  | |
| Personal Refiriendo | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Cuidad, Estado | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Correo Electrónico | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Nombre del paciente** |  | | | **FDN** | | |  |

**Información del paciente** (**\***adjunte todos los resultados correspondientes y el *Estudio Epidemiológico* si está disponible)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tratamiento** | **Radiografía\*** | | | | |
| ¿En medicamentos antituberculosos?  Sí  No | Fecha de realización: | | | | |
| Fecha de inicio: | Normal  Anormal  No se realizó | | | | |
| Fecha de interrupción: | Comentarios: | | | | |
| doTBal intensivo  doTBal sostén | **IGRA/TST\* (prueba de tuberculina)** | | | | |
| Otro (especifique): | IGRA | | | | |
| **Baciloscopía (AFB/BAAR)\*** | TSpot  QFT Gold Plus | | | | |
| Tipo de muestra:  Esputo  Orina  Biopsia | Fecha de colección: | | | | |
| Lavado Bronquial  Otro | Resultado:  Negativo | | | | |
| Fecha de colección: | Positivo | | | | |
| Negativo  Positivo  Pendiente  No se realizó | Otro: | | | | |
| ¿Infeccioso?  Sí  No | TSTFecha administrada: | | | | |
| ¿Fecha que completó aislamiento? | Fecha de lectura: | | | | |
| **Síntomas de TB** | Resultado: | | Negativo |  | mm |
| Sí  No Fecha inicial: |  | | Positivo |  | mm |
| Tos intensa que dura 3 semanas o más | **VIH\*** | | | | |
| Tos o flema con sangre | ¿VIH colectado?  Sí  No | | | | |
| Debilidad o fatiga | Resultado: | | | | |
| Dolor en el pecho | | Negativo | | | |
| Pérdida de peso | | Positivo (adjunte nivel de CD4 o carga viral\*) | | | |
| Falta de apetito | | | | | |
| Escalofríos | | | | | |
| Fiebre | | | | | |
| Sudores nocturnos | | | | | |
| Otro: | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

**Comentarios**

|  |
| --- |
| **Respuesta del DSHS Programa Binacional** |
| Aceptar |
| Negar: razón (especifique): |