

Información de Caso / Sospecha de caso

RVCT #

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FDN	#SS

C. Información de contacto

SSN: Apellido(s): Primer y Segundo Nombre: Fecha de Nacimiento: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Sitio # (de Identificación de Contacto) Raza: Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha Identificado(a): Dirección: Ciudad/Estado/País: # Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo País de Nacimiento: Relación al caso: BCG: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	Tiempo de Exposición <input type="checkbox"/> > 6 hrs/semana <input type="checkbox"/> > 2 pero < 6 hrs/semana <input type="checkbox"/> < 2 hrs/semana <input type="checkbox"/> No hubo contacto	Configuración de Exposición Interior: <input type="checkbox"/> Tamaño de Auto <input type="checkbox"/> Tamaño de recamara <input type="checkbox"/> Tamaño de casa <input type="checkbox"/> Más grande que casa Exterior (al aire libre) <input type="checkbox"/>	¿Evaluación Completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si evaluación no completa, razón porque no: <input type="checkbox"/> 1ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> murió <input type="checkbox"/> 2ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> 3ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Rehusó evaluación <input type="checkbox"/> No Radiografía	Resultado de tratamiento (si fue recomendado) <input type="checkbox"/> Terapia adecuada completada <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar medicamento) <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar evaluación) <input type="checkbox"/> Tratamiento adverso <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Mudo de estado/país <input type="checkbox"/> Decisión de Medico/embarazo <input type="checkbox"/> Decisión de Medico-Otra razón (especifique):
	Resultado de Prueba 900 <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Desconoce Prioridad: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Baja ¿Historia de TST positivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	Se recomendó tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Razón por la cual no inicio tratamiento: <input type="checkbox"/> Contraindicado <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Historia de incumplimiento <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> Tratamiento adecuado previo <input type="checkbox"/> Rehusó tratamiento	ATS Class <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> No requiere evaluación futura <input type="checkbox"/> Desarrollo TB activa
	Prueba de Fecha mm/% Pos Neg <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de Radiografía <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Lordótico <input type="checkbox"/> Otro	Fecha Inicio Tratamiento: Fecha que se suspendió tratamiento: # meses Recomendados: # meses de tratamiento completos: Clínica de tratamiento:	<input type="checkbox"/> No requiere evaluación futura <input type="checkbox"/> Desarrollo TB activa
	BCG: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	¿Exposición continua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respuesta es "No" fecha de la última exposición	¿Evaluación Completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si evaluación no completa, razón porque no: <input type="checkbox"/> 1ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> murió <input type="checkbox"/> 2ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> 3ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Rehusó evaluación <input type="checkbox"/> No Radiografía	Resultado de tratamiento (si fue recomendado) <input type="checkbox"/> Terapia adecuada completada <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar medicamento) <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar evaluación) <input type="checkbox"/> Tratamiento adverso <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Mudo de estado/país <input type="checkbox"/> Decisión de Medico/embarazo <input type="checkbox"/> Decisión de Medico-Otra razón (especifique):

SSN: Apellido(s): Primer y Segundo Nombre: Fecha de Nacimiento: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Sitio # (de Identificación de Contacto) Raza: Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha Identificado(a): Dirección: Ciudad/Estado/País: # Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo País de Nacimiento: Relación al caso: BCG: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	Tiempo de Exposición <input type="checkbox"/> > 6 hrs/semana <input type="checkbox"/> > 2 pero < 6 hrs/semana <input type="checkbox"/> < 2 hrs/semana <input type="checkbox"/> No hubo contacto	Configuración de Exposición Interior: <input type="checkbox"/> Tamaño de Auto <input type="checkbox"/> Tamaño de recamara <input type="checkbox"/> Tamaño de casa <input type="checkbox"/> Más grande que casa Exterior (al aire libre) <input type="checkbox"/>	¿Evaluación Completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si evaluación no completa, razón porque no: <input type="checkbox"/> 1ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> murió <input type="checkbox"/> 2ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> 3ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Rehusó evaluación <input type="checkbox"/> No Radiografía	Resultado de tratamiento (si fue recomendado) <input type="checkbox"/> Terapia adecuada completada <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar medicamento) <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar evaluación) <input type="checkbox"/> Tratamiento adverso <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Mudo de estado/país <input type="checkbox"/> Decisión de Medico/embarazo <input type="checkbox"/> Decisión de Medico-Otra razón (especifique):
	Resultado de Prueba 900 <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Desconoce Prioridad: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Baja ¿Historia de TST positivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	Se recomendó tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Razón por la cual no inicio tratamiento: <input type="checkbox"/> Contraindicado <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Historia de incumplimiento <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> Tratamiento adecuado previo <input type="checkbox"/> Rehusó tratamiento	ATS Class <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> No requiere evaluación futura <input type="checkbox"/> Desarrollo TB activa
	Prueba de Fecha mm/% Pos Neg <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de Radiografía <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Lordótico <input type="checkbox"/> Otro	Fecha Inicio Tratamiento: Fecha que se suspendió tratamiento: # meses Recomendados: # meses de tratamiento completos: Clínica de tratamiento:	<input type="checkbox"/> No requiere evaluación futura <input type="checkbox"/> Desarrollo TB activa
	BCG: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	¿Exposición continua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respuesta es "No" fecha de la última exposición	¿Evaluación Completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si evaluación no completa, razón porque no: <input type="checkbox"/> 1ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> murió <input type="checkbox"/> 2ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> 3ª prueba PPD no realizada/leída <input type="checkbox"/> Rehusó evaluación <input type="checkbox"/> No Radiografía	Resultado de tratamiento (si fue recomendado) <input type="checkbox"/> Terapia adecuada completada <input type="checkbox"/> Perdido(a)/no se localizó al paciente <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar medicamento) <input type="checkbox"/> Rehusó (paciente decidió dejar evaluación) <input type="checkbox"/> Tratamiento adverso <input type="checkbox"/> Murió <input type="checkbox"/> Mudo de estado/país <input type="checkbox"/> Decisión de Medico/embarazo <input type="checkbox"/> Decisión de Medico-Otra razón (especifique):