

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
Evaluación Inicial de Riesgo de Tuberculosis (TB)

Núm. del SS (si aplica)	# Medicaid/Seguro Popular	Fecha de Nacimiento (FDN)	Sexo al Nacer	Teléfono 1
Apellidos	Nombre	2º Nombre	Teléfono 2	
Domicilio (Calle y Núm.)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Información Adicional del Paciente	
Etnia: ☐ Hispano o Latino ☐ No hispano o Latino ☐ Se desconoce	
Raza: ☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Asiático, especifique ☐ Negro o Afroamericano	
☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico; especifique ☐ Blanco ☐ Otra raza, especifique:	
☐ Se desconoce	

Clasificación ATS	
☐ 0-Sin exposición a <i>M. TB</i> , no infectado	☐ 3-Enfermedad de <i>M. TB</i> , clínicamente activa
☐ 1-Exposición a <i>M. TB</i> , sin evidencia de infección	☐ 4-Enfermedad de <i>M. TB</i> previa, no clínicamente activa
☐ 2-Infección por <i>M. TB</i> , sin enfermedad de TB activa	☐ 5-Sospecha de <i>M. TB</i> , diagnóstico pendiente

Informe y Evaluación Inicial	
Cómo se notificó inicialmente el caso del paciente al departamento de salud: ☐ Investigación de contactos ☐ Notificación electrónica de enfermedades (EDN) ☐ Informe de laboratorio electrónico (ELR) ☐ Genotipado ☐ Referido hospitalario ☐ Notificación interjurisdiccional (IJN) ☐ Referido de un proveedor privado ☐ Pruebas dirigidas ☐ Estadísticas vitales ☐ Sin cita previa ☐ Otro, especifique:	
Motivo inicial de la evaluación para TB: ☐ Investigación de contactos ☐ Detección ☐ Síntomas de la TB ☐ Otro ☐ Se desconoce	
Fecha de la evaluación inicial:	Evaluación realizada por:
Lugar de la evaluación: ☐ Clínica ☐ Hospital ☐ Cárcel/prisión ☐ Centro atención largo plazo ☐ Clínica ambulatoria privada ☐ Otro; especifique, (p.ej. hogar del paciente):	

Estado Vital y País de Origen	
Estado al momento del diagnóstico (<i>solo casos confirmados de tuberculosis</i>): ☐ Vivo ☐ Muerto	
País de nacimiento:	Elegible para la ciudadanía o nacionalidad estadounidense al nacer (independientemente del país de nacimiento): ☐ Sí ☐ No
Si no es de EE. UU., fecha de la primera llegada a EE. UU.: ☐ No aplica	
País de nacimiento de los tutores principales (<i>pacientes de TB Pediátricos <15 años</i>):	
Tutor 1:	Tutor 2: Relación de tutor primario:
País de residencia habitual: Si no pertenece a un área de notificación de EE. UU., ¿ha permanecido en EE. UU. durante más de 90 días (incluyendo la fecha del informe)?: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	

Nacido en el Extranjero o Viajes a Otros Países	
Estatus migratorio al primer ingreso a EE. UU.: ☐ No aplica ☐ Visa de inmigrante ☐ Visa estudiante ☐ Visa de empleo ☐ Visa de turista ☐ Visa familia/prometido ☐ Refugiado ☐ Asilado o libertad condicional ☐ Otro estatus migratorio, especifique: ☐ Se desconoce	
Notificación de llegada de extranjero con TB clase: ☐ A ☐ B1 ☐ B2 ☐ B3	Número extranjero: ☐ No aplica
¿En los últimos 2 años, residió o viajó a un país con alta prevalencia de TB? ☐ Sí, países: ☐ No	
Fecha de viajes:	Duración aproximada de estancia/residencia:
¿Ha viajado durante 8 horas consecutivas mientras tenía síntomas? ☐ Sí ☐ No	Medio de transporte: ☐ Aéreo ☐ Autobús ☐ Tren ☐ Barco ☐ Otro, especifique:
Comentarios:	

Historial de TB e Infección Latente (LTBI)

Diagnóstico previo de TB o infección de TB: ☐ Enfermedad de TB ☐ Infección de TB ☐ No ☐ Se desconoce	
Historial: ☐ Documentado ☐ Autoinforme	La TB previa ocurrió en EE. UU.: ☐ Sí ☐ No
Estado/País de infección o enfermedad previa:	Núm. de caso estatal (si fue notificado en Texas después de 1993):
El año más reciente del diagnóstico previo:	Más de un episodio previo: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Fecha inicio de tratamiento de TB previo: Fecha término tratamiento de TB previo: Régimen anterior para la TB/Dosificación (mg): Tratamiento previo de TB documentado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Se consideró completado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Fecha inicio de tratamiento de LTBI previo: Fecha término tratamiento de LTBI previo: Régimen anterior para la TB/Dosificación (mg): Tratamiento previo de LTBI documentado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Se consideró completado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
IGRA previa positiva: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ QFT ☐ T-SPOT Fecha colectada: Fecha reportada: TST previa positiva: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Induración: mm Fecha administrada: Fecha leída:	Tipo de estudio anterior: ☐ Radiografía de tórax simple ☐ Tomografía computarizada ☐ Resonancia magnética ☐ Tomografía por emisión de positrones (PET) ☐ Otro Fecha de la imagen anterior: Resultado: ☐ Compatible con TB ☐ No compatible con TB ☐ No se realizó ☐ Se desconoce Cavitaria: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Investigación Epidemiológica

Caso identificado durante la investigación de contactos de otro caso: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	En caso afirmativo: Se le evaluó tuberculosis durante esa investigación de contactos: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Fecha: ☐ Más de 2 años ☐ Menos o igual a 2 años	Relación con el paciente:
Se realizó una investigación de contactos para este caso: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Comentarios:

Síntomas

Estudios de síntomas de TB realizados: ☐ Sí ☐ No		El paciente es sintomático: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Fecha de evaluación de síntomas de TB:			
Síntomas	Fecha de aparición	Síntomas	Fecha de aparición
Agrandamiento nódulos linfático-cervicales: ☐ Sí ☐ No		Tos (persistente x 3 semanas): ☐ Sí ☐ No	
Disminución del nivel de conciencia: ☐ Sí ☐ No		Inflamación de articulaciones/vértebras: ☐ Sí ☐ No	
Dolor de cabeza: ☐ Sí ☐ No		Inflamación de los ganglios linfáticos: ☐ Sí ☐ No	
Dolor en el pecho: ☐ Sí ☐ No		Micción frecuente: ☐ Sí ☐ No	
Dolor en el flanco: ☐ Sí ☐ No		Orin con sangre: ☐ Sí ☐ No	
Dolor en los ojos o visión borrosa: ☐ Sí ☐ No		Pérdida de apetito: ☐ Sí ☐ No	
Dolor, inflamación en otras partes: ☐ Sí ☐ No		Pérdida de peso (>10%): ☐ Sí ☐ No	
Fatiga: ☐ Sí ☐ No		Rigidez de cuello: ☐ Sí ☐ No	
Fiebre/escalofríos: ☐ Sí ☐ No		Sudores nocturnos: ☐ Sí ☐ No	
Hemoptisis: ☐ Sí ☐ No		Tos con flemas: ☐ Sí ☐ No	
Otro, especifique:			
Fuente de información de los síntomas: ☐ Entrevista a paciente ☐ Familiar/amigo ☐ Historia clínica ☐ Otro, especifique:		Se indicó aislamiento respiratorio: ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio de aislamiento respiratorio:	
Notas:			

Datos Clínicos			
Fecha de la valoración clínica:	Peso: lb kg	Estatura: ft in cm	
IMC:	Peso de al menos 10% inferior al peso ideal: ☐ Sí ☐ No		
Se estima que hace 3 meses pesaba:	lb kg	Presión arterial: sistólica diastólica	
Fecha en que se le tomó la temperatura:	Temperatura: F C		

Riesgos Médicos e Historial Clínico	
Fecha de elaboración del historial médico:	Comentarios
Alergias: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Artritis/gota: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Uso de ☐ Remicade ☐ Humira ☐ Enbrel	
Autoinmunidad: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Cáncer: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Otro, especifique:	
Corticosteroides (recibió un equivalente a >15 mg/d de prednisona durante >1 mes): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
COVID-19 en el momento de la evaluación diagnóstica: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
¿Diabético en evaluación diagnóstica de tuberculosis? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	☐ Documentado ☐ Autodeclarado
Diabetes mellitus: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2
Diabetes controlada: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Con: ☐ Píldoras ☐ Insulina ☐ Se desconoce
Discapacidad intelectual/Retrasos del desarrollo: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Enfermedad cardíaca/vascular periférica: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Enfermedad de la piel: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Enfermedad mental: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	¿Cuándo?
☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Esquizofrenia ☐ Se desconoce	☐ Actualmente ☐ En los últimos 12 meses
☐ Otra, especifique:	☐ Siempre
Enfermedad de transmisión sexual: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Gastrectomía/GI o derivación yeyuno-ileal: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Ginecología: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Hepatitis viral (solo B o C): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Hemodiálisis: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Días: Horario:
Hipertensión/Accidente cerebrovascular: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Inmunocomprometido (distinto de VIH/SIDA): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Especifique:	
Insuficiencia renal crónica: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Neurología/convulsiones: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Otra enfermedad hepática (no hepatitis B o C): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Posparto: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Problemas respiratorios: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Silicosis/asbestosis: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Síndrome de malabsorción crónica: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Trasplante de órganos: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Cirugías/hospitalizaciones: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Tiroides: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Terapia con antagonistas del TNF-alfa: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Trastorno de la vista/oido: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
VIH/SIDA: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Conversión de la prueba cutánea: aumento de 10 mm o más en un plazo de 2 años: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Tratamiento incompleto de la infección tuberculosa latente (LTBI): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Tuberculosis activa no tratada o tratada de forma inadecuada, incluyendo cambios fibróticos en la radiografía compatibles con tuberculosis previa: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Infectado recientemente con M. tb (en los últimos 2 años): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	

Apellidos:	Nombre:	2º nombre:	FDN:
------------	---------	------------	------

Factores de Riesgo Social	
Fecha de recopilación de los factores de riesgo social:	
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió más de 4 bebidas? ☐ 0-4 días ☐ 5 días o más ☐ Se desconoce	Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: ☐ Sí ☐ No
Consumo de drogas inyectables en los últimos 12 meses: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Especifique: ☐ Cocaína ☐ Opioides ☐ Otras drogas, especifique:	Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: ☐ Sí ☐ No
Consumo de drogas no inyectables en los últimos 12 meses: ☐ Sí ☐ No ☐ Marihuana ☐ Cocaína ☐ Opioides ☐ Crack ☐ Metanfetaminas ☐ Otra droga ilícita, especifique:	Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: ☐ Sí ☐ No
Estado actual de tabaquismo en la evaluación diagnóstica: ☐ Fumador diario actual ☐ Fumador ocasional actual ☐ Exfumador ☐ Nunca ha fumado ☐ Estado actual desconocido ☐ Se desconoce si alguna vez Paquetes al día: Años de consumo:	Al paciente se le proporcionaron recursos adicionales: ☐ Sí ☐ No
Historial de situación sin hogar en los últimos 12 meses: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Sin hogar en (actual o en el pasado): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Residente de centro correccional al momento de la evaluación diagnóstica: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Tipo de centro correccional: ☐ Prisión federal ☐ Prisión estatal ☐ Cárcel local (en ciudad o condado) ☐ Centro correccional para jóvenes ☐ Otro centro correccional, especifique: ☐ Se desconoce	
Historial de encarcelamiento (actual o en el pasado): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Bajo la custodia del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas: ☐ Sí ☐ No	
Residente actual en un centro de atención a largo plazo: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Sí, especifique: ☐ Residencia de ancianos ☐ Centro hospitalario ☐ Centro residencial de salud mental ☐ Centro de tratamiento de alcoholismo o drogadicción ☐ Se desconoce ☐ Otro, especifique:	
Residente en otro entorno concurrido al momento del diagnóstico: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Especifique: ☐ Colonia ☐ Persona desplazada ☐ Dormitorio universitario ☐ Niño/menor extranjero no acompañado (UAC) ☐ Refugio para personas sin hogar ☐ Se desconoce ☐ Otro, especifique:	
Bajos ingresos: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Residente en el centro urbano: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
El paciente vivió fuera de los EE. UU. durante más de 2 meses (sin interrupciones): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Países:	
Empleado en un entorno o institución concurrida de alto riesgo: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Ocupación alguna vez como uno de los siguientes: ☐ Empleado de centro correccional ☐ Trabajador de la salud ☐ Inmigrante/trabajador temporal ☐ Ninguna de las anteriores ☐ Se desconoce ☐ Otro, especifique:	
Ocupación actual de todos los pacientes mayores de 14 años: Industria actual:	
Contacto con paciente infeccioso con TB (2 años o menos): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	
Contacto con caso de TB farmacorresistente (2 años o menos): ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	

