



DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE RACINE

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS

_____ mm

Por favor, llene todos los espacios en blanco y conteste todas las siguientes preguntas a lo mejor de su conocimiento.

_____ / _____ / _____
 Apellido Primer Nombre Inicial de medio nombre Fecha de Nacimiento (MM / DD / YY)

 Dirección Ciudad Estado Código Postal

(_____) _____
 Número de Teléfono Nombre del Médico

Círcule cuáles son los síntomas que tiene hoy

**Tos por má de
Tres semanas**

**Tos con
Sangre**

Fiebre

**Pérdida de
peso no planeado**

Cansancio

Sudores Nocturnos

Por favor, conteste estas preguntas

- | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> | <u>NO SÉ</u> | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido anteriormente una prueba cutánea de TB o un análisis de sangre? |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido una reacción severa a la prueba cutánea(de piel) para el TB en el pasado? |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido tratado con medicamentos para la tuberculosis? |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido la vacuna BCG(tuberculosis)? |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Ha estado en contacto con alguien que tiene la enfermedad de la TB?
Si es asi, ¿quién y cuándo? _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha usado drogas inyectadas? |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene el VIH/SIDA, diabetes o enfermedad del riñon severa? |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna enfermedad que pudiera afectar su sistema inmunológico, como cáncer o la leucemia? |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido vacunado/a con una vacuna de virus vivos en las últimas cuatro (4) a seis(6) semanas?
Si es asi, ¿Qué fue/fueron la vacuna(s)? _____ |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede regresar en 48 horas para que los resultados de la prueba cutánea(de piel) para el TB sean leidos? |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál es su razón para hacerse la prueba hoy? ¿Si es por su empleo/escuela, ponga el nombre: _____ |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿En qué país nació? Si no en los EE.UU., cuando llegó usted a los EE.UU.? _____ |

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS

Estoy de acuerdo en que he recibido información sobre la prueba de piel del TB y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con regresar en 48 horas para tener los resultados de la prueba. Yo entiendo los riesgos y beneficios de la prueba de piel del TB, y solicito que la prueba sea dada a mí.

Firma del cliente

Fecha

Firma de enfermera que esta revisando

Fecha