

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS QFT Y TST

Instrucciones: Lea este formulario con atención. Si tiene alguna pregunta, consulte con el proveedor de salud antes de realizar la prueba.

Motivo de la Evaluación

- ☐ Condición médica / Referencia médica ☐ Requisito escolar / laboral
☐ Proceso migratorio ☐ Otro: _____

Información del Paciente

- Entiendo que la prueba de TB solo indica si he estado en contacto con la bacteria que causa la tuberculosis.**
Iniciales: _____
- País de nacimiento:** _____
- Recibió la vacuna BCG?** ☐ Sí ☐ No
- Antecedentes de PPD positivo?** ☐ Sí ☐ No Resultado (mm): _____
Radiografía de tórax: ☐ Normal ☐ Anormal
- Ha recibido tratamiento por TB o infección latente (LTBI)?** ☐ Sí ☐ No
- Recibió alguna vacuna viva en los últimos 30 días?** ☐ Sí ☐ No
Si no está seguro, consulte con el personal.
☐ Fiebre amarilla ☐ MMR ☐ Varicela ☐ Zóster ☐ Gripe nasal ☐ Viruela
- Tiene alguna condición médica?** (ej. VIH, lupus, psoriasis, artritis reumatoide, embarazo)
☐ Sí ☐ No Si respondió sí, indique cuál: _____
- Medicamentos actuales:** _____
- Ha estado en un centro penitenciario?** ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, indique el lugar: _____
- Situación laboral:** ☐ Empleado ☐ Desempleado
Si está empleado, indique el nombre y lugar de trabajo: _____

Evaluación de Síntomas de TB

Marque lo que corresponda

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Tos persistente (≥ 3 semanas) | ☐ Tos con sangre | ☐ Fiebre |
| ☐ Pérdida de peso sin explicación | ☐ Sudores nocturnos | ☐ Fatiga / Debilidad |
| ☐ Dolor en el pecho | ☐ Dificultad para respirar | |

Importante: Si marcó alguno de estos síntomas, notifique al personal de inmediato.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Personal: _____ **Etiqueta del Paciente:** _____