

PLACE PATIENT LABEL HERE

EVALUACIÓN PARA PRUEBAS QFT Y TST

Lea este formulario con atención. Si tiene preguntas, consulte con el proveedor antes de la prueba.

Motivo de la Evaluación

Condición médica / Referencia médica Escolar / Laboral Migratorio Otro: _____

Información del Paciente

- Entiendo que esta prueba solo indica si he sido expuesto/a a la bacteria que causa tuberculosis: No Sí
- País de nacimiento: _____
- Recibió la vacuna BCG: No Sí
- Antecedentes de QFT o PPD positivo: No Sí Resultado en mm: _____ Fecha de la prueba: _____
- Radiografía de tórax: Normal Anormal Fecha y lugar: _____
- Tratamiento previo para TB o infección latente (LTBI): No Sí Si respondió sí, indique cuál y dónde:

- ¿Recibió vacunas de COVID-19 o vacunas vivas (ej. Adenovirus, BCG, Chikungunya, Cólera, Dengue, Ébola, FluMist, MMR, Poliomielitis oral, Rotavirus, Viruela y Viruela del Mono, Varicela, Vivotif, Fiebre Amarilla, o Zostavax) en los últimos 30 días?: No Sí
- ¿Tiene alguna condición médica (ej., embarazada, cáncer, diabetes, VIH, lupus, psoriasis, artritis reumatoide, etc.)?: No Sí Si respondió sí, indique cuál: _____

- Medicamentos actuales: _____
- Historial de encarcelamiento: No Sí Instalación y ubicación: _____
- Estado de Empleo: Desempleado Empleado Nombre y ubicación: _____

Cuestionario de Síntomas de TB

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tos durante más de 2 semanas | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Tos con sangre o flema | <input type="checkbox"/> Pérdida de energía / debilidad | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Fiebre / Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable |

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____