

Evaluación para la detección de TB (tuberculosis)

Nombre del niño(a) _____

Edad _____ Fecha _____ Expediente _____

Si No No lo sé

() () () 1. ¿Nació su hijo(a) fuera de los Estados Unidos ?

¿Si fue así, en dónde nació? _____

() () () 2. ¿Ha viajado su hijo(a) fuera de los Estados Unidos?

¿Si es así, por cuánto tiempo? _____ ¿A dónde? _____

() () () 3. ¿Ha vivido su hijo(a) con alguien que tenga tuberculosis?

() () () 4. ¿Ha vivido su hijo(a) con alguien que viaje mucho fuera del país o que haya vivido fuera del país?

Por favor note: La mayoría de los niños de MiddleTennessee presentan un riesgo extremadamente bajo de contraer tuberculosis. Sólo alrededor del 1% de nuestros pacientes necesita realizarse una prueba cutánea de TB.

¿Le han efectuado una prueba cutánea de TB a su hijo?

_____ No _____ Si, el año pasado
_____ Si, hace de 1 a 2 años _____ Si, hace más de 2 años

Evaluación

_____ Bajo riesgo _____ Alto riesgo, necesita PPD _____ Alto riesgo pero con resultados PPD negativos

Scored by: _____ Date Scored: _____