



Cuestionario de Evaluación del riesgo de tuberculosis en adultos¹



(Para satisfacer la Sección 49406 del Código de Educación de California y las Secciones del Código de Salud y Seguridad 121525-121555) Para ser administrado por un proveedor de cuidado de salud con licencia (médico, auxiliar médico, enfermera practicante, enfermera registrada)

Nombre: _____ Fecha de Evaluación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Antecedentes de TB positiva o enfermedad de TB Si No

En caso afirmativo, se debe realizar una revisión de los síntomas y una radiografía del pecho (si no se realizó en los últimos 6 meses) en el momento del contrato inicial. * Si la respuesta es no, continúe con las preguntas a continuación.

Si hay una respuesta "Sí" a cualquiera de las preguntas 1 a 5, debe realizarse una prueba cutánea de tuberculina (TST) o Ensayo de liberación de gamma de interferón (IGRA). Una prueba positiva debe ser seguida por una radiografía del pecho, y si es anormal, el tratamiento para la infección de TB se considerará.

| Factores de riesgo | |
|---|---|
| 1. Uno o más signos y síntomas de TB (tos prolongada, tos con sangre, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, fatiga excesiva) | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nota: puede ser necesario realizar una radiografía del pecho y / o analysis de flemas para descartar tuberculosis infecciosa. ² | |
| 2. Contacto cercano con alguien con enfermedad infecciosa de TB | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Nacimiento en un país de alta prevalencia de TB** (** Cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país de Europa Occidental o del Norte.) | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Viaje a un país de alta prevalencia de tuberculosis ** por más de 1 mes (** Cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país de Europa Occidental o del Norte.) | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Residencia actual o anterior o trabajo en una institución correccional, centro de cuidado a largo plazo, hospital o refugio para personas sin hogar | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

* Una vez que se le documenta a la persona un resultado positivo de la infección de TB, y se hace una radiografía, y esa se consideró libre de tuberculosis contagiosa, la evaluación del riesgo de TB ya no es necesaria.

1 Adaptado de un formulario desarrollado por el Departamento de Salud de Minnesota del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Infección por tuberculosis latente: una guía para los proveedores de atención primaria de salud. 2013.



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS DE TUBERCULOSIS DE ADULTO



(Para satisfacer la Sección 49406 del Código de Educación de California y las Secciones del Código de Salud y Seguridad 121525-121555)

CERTIFICADO DE COMPLETACIÓN

Para ser firmado por el proveedor de atención médica con licencia que completa la evaluación del riesgo y / o examen

Date: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

El paciente mencionado anteriormente se ha sometido a una evaluación del riesgo de tuberculosis. El paciente no tiene factores de riesgo, o si se identificaron factores de riesgo de tuberculosis, se ha examinado al paciente y se ha determinado que está libre de tuberculosis infecciosa.

Firma del proveedor de atención médica Nombre escrito

Domicilio: Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono Fax