

# Tuberculosis (TB) Symptom Screen

Spanish

Nombre: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Última prueba en la piel:** \_\_\_\_\_  
(Nombre, dirección, ciudad, estado, código zip, y número telefónico del lugar donde se hizo el examen)

**Fecha del examen:** \_\_\_\_\_ **Resultados** \_\_\_\_ mm Positivo \_\_ Negativo \_\_ **Examen de rayos X en el pecho:** Normal \_\_ Anormal \_\_

¿Recibió tratamiento para: **Infección latente de TB (LTBI)?** Sí \_\_ No \_\_ # de meses \_\_\_\_ **¿Enfermedad de TB?** Sí \_\_ No \_\_ # de meses \_\_\_\_

Si es así, **¿Cuándo?** \_\_\_\_\_ **¿Dónde?** \_\_\_\_\_

**Nombre de los medicamentos:** \_\_\_\_\_

## Fecha de hoy \_\_\_\_\_

¿Tiene usted tos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿por cuánto tiempo la ha tenido? # de días \_\_\_\_\_ # de semanas \_\_ # de meses \_\_\_\_

¿De qué color es el moco? \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted sangre en su tos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene usted sudores nocturnos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene usted fiebres? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha perdido usted peso sin proponérselo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # Pounds \_\_\_\_

¿Se ha sentido cansado(a) o débil? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuánto tiempo ha durado eso? # de días \_\_\_\_\_ # de semanas \_\_ # de meses \_\_\_\_

¿Tiene usted dolor en el pecho? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuánto tiempo ha durado? # de días \_\_\_\_\_ # de semanas \_\_ # de meses \_\_\_\_

¿Tiene usted respiración corta? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuánto tiempo ha durado? # de días \_\_\_\_\_ # de semanas \_\_ # de meses \_\_\_\_

¿Conoce usted a alguien que tenga estos síntomas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Acción efectuada (seleccione todas las opciones aplicables)

No hay señal de TB active en este actualmente.	
No se necesita un examen de rayos X en el pecho actualmente.	
Se analizaron los síntomas y señales de la TB con el cliente	
El cliente sabe buscar atención médica si aparecen los síntomas de TB	
Acciones adicionales efectuadas	
• Aislado(a)	
• Se le dio máscara quirúrgica	
• Se necesita examen de rayos X en el pecho	
• Se necesitan muestras de esputo	
• Remitido al médico / clínica (especifique):	
• Otros (especifique):	

Firma de la persona que hace la evaluación \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_