

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 _____