

# Tuberculosis (TB) Risk Assessment

Spanish

Por favor, llene este formulario para ayudarnos a decidir si usted está en un grupo de alto riesgo que necesita una prueba de tuberculosis en la piel.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor, encierre **SÍ** o **NO** en un círculo.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Ha estado usted alrededor de una persona enferma con TB active?  | Sí | No |
| 2. Ha tenido usted un transplante de órganos?   | Sí | No |
| 3. En los últimos 5 años, ha vivido usted en un país donde la TB es común, ha viajado a un país así, o ha recibido un visitante de allá? Si es así, ¿en qué país? _____ | Sí | No |
| 4. Se ha inyectado usted drogas alguna vez?   | Sí | No |
| 5. Ha estado usted en la cárcel, en prisión o en un hogar de enfermería?  | Sí | No |
| 6. Ha trabajado usted alguna vez en un laboratorio que procesa muestras de TB?  | Sí | No |
| 7. ¿Tiene usted alguna de estas enfermedades?   |    |    |
| a. Diabetes   | Sí | No |
| b. Disfunción crónica del riñón, con diálisis   | Sí | No |
| c. Cáncer de sangre o del sistema linfático   | Sí | No |
| e. Cáncer en la cabeza, el cuello o los pulmones  | Sí | No |
| f. Cirugía estomacal  | Sí | No |
| g. Problemas inmunológicos (VIH, por ejemplo, o ha tomado esteroides como cortisona por más de un mes)  | Sí | No |
| 8. ¿Está comenzando usted un tratamiento para la artritis   | Sí | No |
| 9. Se le ha informado alguna vez de un resultado anormal en un examen de rayos X en su pecho?   | Sí | No |
| 10. ¿Ha experimentado usted alguno de estos asuntos?  |    |    |
| a. Una tos y/o ronquera que duró más de 3 semanas   | Sí | No |
| b. Una tos con mucha mucosidad o sangre   | Sí | No |
| c. Fiebre o sudores nocturnos durante más de una semana   | Sí | No |
| d. Pérdida de peso no intencional   | Sí | No |
| e. Cansancio o debilidad  | Sí | No |
| 11. Ha resultado usted positivo(a) alguna vez, en una prueba de TB en la piel?  | Sí | No |

Si usted respondió **NO** a todas estas preguntas, usted no está en un grupo de alto riesgo y no necesita hacerse una prueba de TB en la piel.

Si usted respondió **SÍ** a alguna de estas preguntas, usted está en un grupo de alto riesgo, y debe hacerse una prueba de TB en la piel, u otras pruebas de TB.

\_\_\_\_\_  
Firma/título de la persona que evalúa al cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha