

Questionario de Detección de Tuberculosis

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Si Nació en el extranjero, País de nacimiento: _____

Fecha de entrada a USA: _____

Nombre de su doctor: _____

Teléfono de su doctor: _____

Evaluación del Paciente:

1. Ha tenido usted una prueba positiva de Tuberculosis (en la piel o sanguínea)? No Si Fecha _____
2. Alguna vez a tomado Tratamiento Preventivo para Tuberculosis (TB)? No Si Fecha _____
3. Algun vez ha sido diagnosticada(o) con Tuberculosis Activa? No Si Fecha _____
4. Algun doctor le ha dicho que tiene sistema inmunológico débil? No Si Fecha _____
5. Tuvo usted pulmonía durante los pasados 12 meses? No Si Fecha _____
6. Ha tenido usted contacto cercano o ha vivido con una persona que tiene/o tuvo TB activa? No Si Fecha _____
7. Ha tenido usted un rayos X anormal? No Si Fecha _____
8. Ha viajado al extranjero durante los últimos 5 años? No Si Fecha/Pais _____

En los últimos 12 meses, ha tenido alguno(s) de los siguientes síntomas ?

1. Tos productiva por tres semanas o más? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
2. Tos con sangre? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
3. Pérdida persistente de peso sin hacer dieta? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
4. Fiebre arriba de 100 °F por más de 3 semanas? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
5. Sudor excesivo nocturno sin ninguna razon? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
6. Pérdida de apetito? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
7. Inflamación de las glánduals en el cuello o alguna otra parte del cuerpo? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
8. Infección recurrente/persistente en los riñones o vesícula? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
9. Ha estado con voz ronca por 3 semanas o más? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
10. Dificultad para respirar? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
11. Dolor en el pecho? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
12. Se siente fatigado, débil, o enfermo? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____
13. Frecuentes y/o recurrentes escalofrios? No Si Fecha _____ todavía la tiene? _____

He contestado todas las preguntas anteriores de forma completa y verdadera.

Firma del cliente/guardian _____ Fecha: _____

Tuberculosis Screening Questionnaire

Name: _____ DOB: _____

If foreign born, Country of Birth _____ Date of entry into U.S. _____

Your physician name: _____ Physician Phone: _____

Patient Assessment:

1. Have you ever had a positive Tuberculosis Test (Skin test or Blood test) Yes No Date: _____
2. Have you ever had Preventive Tuberculosis (TB) Treatment? Yes No Date: _____
3. Have you ever had Active TB Disease? Yes No Date: _____
4. Have you been told by a doctor you have a weak immune system? Yes No Date: _____
5. Have you had pneumonia in the past year? Yes No Date: _____
6. Have you ever had close contact or lived with a person who has/had Active TB? Yes No Date: _____
7. Have you ever had an abnormal chest X-Ray? Yes No Date: _____
8. Have you traveled outside USA in the last 5 years? Yes No Date/Country: _____

In the past 12 months, have you had any of the following symptoms:

1. Productive cough for 3 weeks or more? No Yes Date _____ Still have? _____
2. Coughing up blood (hemoptysis)? No Yes Date _____ Still have? _____
3. Persistent weight loss without dieting? No Yes Date _____ Still have? _____
4. Fever that exceeds 100°F for more than 3 weeks? No Yes Date _____ Still have? _____
5. Unexplained, excessive sweating at night? No Yes Date _____ Still have? _____
6. Loss of appetite? No Yes Date _____ Still have? _____
7. Swollen glands in neck or elsewhere? No Yes Date _____ Still have? _____
8. Recurrent/persistent kidney/bladder infection? No Yes Date _____ Still have? _____
9. Shortness of breath? No Yes Date _____ Still have? _____
10. Chest pains? No Yes Date _____ Still have? _____
11. Unexplained fatigue/weakness or feeling ill? No Yes Date _____ Still have? _____
12. Frequent or recurring chills? No Yes Date _____ Still have? _____
13. Hoarseness for 3 weeks or more? No Yes Date _____ Still have? _____

I have answered all of the above questions fully and truthfully.

Client/Guardian Signature: _____ Date: _____