

Reporte de Caso y Servicios al Cliente

Fecha de notificación al departamento Salud: _____

Fecha que se envió formato a la Región: _____

Fecha que se envió formato a la oficina central: _____

Reporte Inicial Ingreso Hospitalario Cambio de Domicilio

Cambio de nombre (*anote el nuevo nombre y trace una sola línea sobre el antiguo*) Otro cambio: _____

Seguro Social: _____ # Medicaid/Seguro Popular: _____ # ID: _____ FDN (Mes/Día/Año): _____

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Alias)

Domicilio: _____
(Calle y número) (Colonia) (Ciudad) (Estado) (C.P.) Número de Teléfono

Nombre de Centro/Proveedor Médico: _____ Persona que llenó este formulario: _____

Fuente de Reporte Inicial: Depto. de Salud Médico Particular Hospital Público Hospital de Veteranos Hospital Militar
 Depto. De Justicia Penal de Texas Otro (especifique): _____

País de Nacimiento: _____ Fecha de entrada a EE UU (si es extranjero): _____ ¿Reúne requisitos de ciudadanía/nacionalidad por nacimiento? _____ Idioma Principal: _____	Aviso de llegada de extranjero con TB clase: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3	¿Se notificó al morir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la muerte: _____	¿Notificado fuera del Estado o el País? <input type="checkbox"/> Sí (especifique): _____ <input type="checkbox"/> No		
		¿Causa de muerte fue TB? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<table border="1"> <tr> <th>ETNICIDAD</th> <th>SEXO</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No se sabe </td> <td> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </td> </tr> </table>	ETNICIDAD	SEXO
ETNICIDAD	SEXO				
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				

RAZA (marque todo lo que corresponda)

- Blanca Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
 Negra o Afroamericana Amerindio o Nativo de Alaska
 Asiática No se sabe

OCUPACIÓN (en dentro de 2 años)

- Empleado (si está empleado, marque todo lo que corresponda) No ha trabajado en los últimos 2 años
 Trabajador de la salud (especifique): _____
 Trabajador inmigrante / temporal No se sabe
 Empleado en una facilidad correccional
 Otra (especifique): _____

Razón Inicial de la Evaluación para TB

- Investigación de contactos Prueba de detección Síntomas de TB Otro, especifique: _____

Residente de Centro Correccional al Momento de Diagnóstico: Sí No No se sabe Fecha de encarcelamiento: _____

Si contesta "Sí":

- Prisión Federal Prisión Estatal Cárcel del Condado Cárcel de la Ciudad Institución Correccional Juvenil ICE Otro

Residente de un Centro de Atención a Largo Plazo al Momento de Diagnóstico: Sí No No se sabe

- Si contesta "Sí": Centro de Reposo Centro Hospitalario Centro Residencial Centro residencial de Salud Mental
 Centro de Tratamiento de Alcohol / Drogas Otro Centro de Atención a Largo Plazo

RIESGOS DE POBLACIÓN

- Bajos ingresos
 Residente en el centro urbano
 Extranjero
 Binacional (EE UU – México)
- *En los últimos 2 años**
- Empleado correccional*
 Trabajado de la salud*
 Recluso en prisión/cárcel*
 Centro de atención a largo plazo*
 Residente en centro de salud*
 Sin Hogar en los últimos 12 meses
 Sin hogar intermitentemente
 Trabajador agrícola inmigrante*
 Ninguno de estos riesgos se aplica

RIESGOS MEDICOS

- Diabetes Mellitus
 Abuso de alcohol (en el último año)
 Uso de tabaco: _____
 Silicosis
 Terapia de inmunosupresión
 Terapia con antagonistas del TNF-a
 Gastrectomía o derivación yeyuno-ileal
 Edad de ≤ 5 años
 Exposición reciente a TB (contacto a un caso de TB)
 Contacto a un caso de TB-MFR
 Peso al menos un 10% inferior al peso ideal
 Abuso de Drogas (en el último año)
 Inyectables
 No-inyectables
 Se desconoce si son inyectadas
 Síndromes crónicos de malabsorción
 VIH seropositivo (solo si confirmado por laboratorio)
- Leucemia
 Linfoma
 Cáncer de cabeza
 Cáncer de cuello
 Enfermedad renal en etapa terminal
 Trasplante de órgano
 Conversión de TST/IGRA en los últimos 2 años
 Lesiones fibróticas (en radiografía de tórax) compatibles con TB antigua y curada
 Otra: _____
 Ninguno de estos riesgos

