

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
Evaluación inicial del riesgo sanitario de la tuberculosis/Historial

Núm. del SS	# Medicaid/Seguro Popular	FDN	Sexo	Teléfono 1
Apellido	1er. Nombre	2º. Nombre	Teléfono 2	
Domicilio (Calle y Núm.)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Clasificación ATS	
<input type="checkbox"/> 0-Sin exposición a <i>M. TB</i> , no infectado <input type="checkbox"/> 1-Exposición a <i>M. TB</i> , sin evidencia de infección <input type="checkbox"/> 2-Infección por <i>M. TB</i> , sin enfermedad de TB activa	<input type="checkbox"/> 3-Enfermedad de <i>M. TB</i> , clínicamente activa <input type="checkbox"/> 4-Enfermedad de <i>M. TB</i> previa, no clínicamente activa <input type="checkbox"/> 5-Sospecha de <i>M. TB</i> , diagnóstico pendiente

Evaluación Inicial	
Razón principal de evaluación para TB <input type="checkbox"/> Investigación de contactos <input type="checkbox"/> Examen médico de Inmigración <input type="checkbox"/> Trabajador de la salud <input type="checkbox"/> Pruebas para empleo/administrativas <input type="checkbox"/> Pruebas dirigidas <input type="checkbox"/> Síntomas de TB <input type="checkbox"/> RX anormal de tórax (consistente con TB) <input type="checkbox"/> Resultado casual de laboratorio <input type="checkbox"/> Se desconoce	
Fecha de la evaluación:	Evaluación realizada por:
Lugar de la evaluación: <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Hogar del paciente <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cárcel/prisión <input type="checkbox"/> Centro atención largo plazo <input type="checkbox"/> Otro; especifique, si es otro:	

Pacientes de TB Pediátricos (<15 años de edad)	
País de origen del tutor principal:	Parentesco con el tutor principal:
El paciente vivió fuera de EE UU >2 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Países:

Datos Demográficos	
País de origen:	Nacido en EE UU (o en el extranjero de padre o madre estadounidense): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de llegada a EE UU:	
Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Sin respuesta	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Sin respuesta
Otras razas:	Oriente Medio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", especifique países:

Nacido en el Extranjero o Viajes a Otros Países	
Estatus migratorio al primer ingreso a EE UU: <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Visa de inmigrante <input type="checkbox"/> Visa estudiante <input type="checkbox"/> Visa de empleo <input type="checkbox"/> Visa de turista <input type="checkbox"/> Visa familia/prometido <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Asilado o libertad condicional <input type="checkbox"/> Otro estatus migratorio <input type="checkbox"/> Se desconoce Especifique otros:	
Notificación de llegada de extranjero con TB clase: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3	Número extranjero:
Status binacional: <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Pruebas laboratorio/radiológica <input type="checkbox"/> En cruce de fronteras o transnacional <input type="checkbox"/> Cruce de fronteras no contado <input type="checkbox"/> Figura en programa binacional solo/es binacional	
¿En los últimos 2 años, residió o viajó a un país con alta prevalencia de TB?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País:
Fecha de viajes:	Duración aproximada de estancia/residencia:
¿Ha viajado durante 8 horas consecutivas mientras tenía síntomas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medio de transporte: <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Barco/bote Especifique:
Comentarios:	

Historial de TB e Infección de TB Previas	
Recurrencia o diagnóstico previo de TB o infección de TB: <input type="checkbox"/> Enferm de TB <input type="checkbox"/> Infección de TB <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desc	
Historial: <input type="checkbox"/> Documentado <input type="checkbox"/> Autoinforme	La TB previa ocurrió en EE UU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado/País:	Núm. de caso estatal (si fue notificado en Texas después de 1993):
El año más reciente del diagnóstico previo:	Más de un episodio previo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se descon
Fecha inicio de tratamiento de TB previo: Fecha término tratamiento de TB previo: Régimen anterior para la TB/Dosificación (mg):	Fecha inicio de tratamiento de TB previo: Fecha término tratamiento de TB previo: Régimen anterior para la TB/Dosificación (mg):
Tratamiento previo de TB documentado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Tratamiento previo de TB documentado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Tratamiento previo de TB se consideró completado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Tratamiento previo de TB se consideró completado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
IGRA previa positiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> QFT <input type="checkbox"/> T-SPOT Fecha:	Fecha de Rx tórax: Resultado: <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Se desconoce
TST previa positiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Induración: mm Fecha:	Resultado anormal: <input type="checkbox"/> Cavidades <input type="checkbox"/> Sin cavidades
Comentarios:	

Historial de Exposición a TB	
Exposición conocida a un caso de TB activa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos años?: <input type="checkbox"/> Más de 3 años <input type="checkbox"/> 3 años o menos
Fecha:	Parentesco con el paciente:
Comentarios:	

Síntomas			
Estudios de síntomas de TB realizados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		El paciente es sintomático: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	
Fecha de evaluación de síntomas de TB:			
Síntomas	Fecha aparic	Síntomas	Fecha aparic
Dolor en el pecho: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Pérdida de peso (>10%): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Falta de aliento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Micción frecuente, orina c/sangre o dolor en costado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Fiebre/escalofríos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Dolor de cabeza, disminución del nivel de conciencia o rigidez de cuello: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Sudores nocturnos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Inflamación de articulaciones/vértebras: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Tos (persistente x 3 semanas): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Agrandamiento nódulos linfático-cervicales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Tos con flemas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Inflamación de nódulos linfáticos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Hemoptisis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Dolor en los ojos o visión borrosa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Fatiga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Inflamación dolorosa en otras partes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Pérdida del apetito: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		Otro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Fuente de información de los síntomas: <input type="checkbox"/> Entrevista a paciente <input type="checkbox"/> Familiar/amigo <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Otro Especifique otro:		Se indicó aislamiento respiratorio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio de aislamiento respiratorio:	
Notas:			

Datos Clínicos			
Fecha de la valoración clínica:			
Peso:	lb	kg	Recomendaciones según el IMC:
Estatura:	ft	in	
Peso de al menos 10% inferior al peso ideal:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Se estima que hace 3 meses pesaba:		lb	kg
Presión arterial:		sistólica	diastólica
Fecha en que se le tomó la temperatura:		Temperatura:	F C

Historial Médico	
Fecha de elaboración del historial médico:	
Alergias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Artritis/gota: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Uso de <input type="checkbox"/> Remicade <input type="checkbox"/> Humira <input type="checkbox"/> Enbrel	Comentarios:
Autoinmunidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Cáncer: <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Otro Especifique otro:	Comentarios:
Síndrome de malabsorción crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Insuficiencia renal crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Corticosteroides (recibió un equivalente a >15 mg/d prednisona durante >1 mes): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	Comentarios:
Diabetes controlada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Comentarios:
Controlada con: <input type="checkbox"/> Píldoras <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Se desconoce	Comentarios:
Gastrectomía/GI o derivación yeyunoileal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Ginecología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Enfermedad cardíaca/vascular periférica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Hipertensión/Accidente cerebrovascular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Discapacidad intelectual/Retrasos del desarrollo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Leucemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Enfermedad hepática/hepatitis (factores de riesgo HepB/C: Drogas inyect., HIV+ o nacido en Asia, África o cuenca del Amazonas): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Linfoma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Enfermedad mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se desconoce Especifique otra: ¿Cuándo? (marque lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Siempre	Comentarios:
Neurología/convulsiones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Trasplante de órganos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Posparto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Problemas respiratorios: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Silicosis/asbestosis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Enfermedad de la piel: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
ETS (enfermedad transmisión sexual): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Cirugías/hospitalizaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Tiroides: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Trastorno de la vista/oído: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Otros datos del historial médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique otros:	Comentarios:

Proveedor de atención primaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor de atención primaria:	Teléfono:
Proveedor de atención especializada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Especialidad: <input type="checkbox"/> Neumólogo <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas <input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Neurólogo <input type="checkbox"/> Otro Especifique otro:	Nombre del proveedor de atención especializada: Teléfono:	
VIH, estatus: <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Negativo en el último año <input type="checkbox"/> No se informa <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Declinó informar <input type="checkbox"/> No conoce resultados de pruebas realizadas <input type="checkbox"/> Se desconoce si se hicieron	Ciudad/Condado Núm. de VIH:	
Recuento de CD4, si VIH+:	Fecha, si VIH+:	
Se proporcionó asesoramiento sobre VIH y derivación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Medicamentos que está tomando (excepto los fármacos para la TB)

Medicamento	Fecha inicio	Dosis/Horario	Fecha de suspensión	Proveedor/Centro que prescribe

(Adjunte lista de medicamentos adicionales, de ser necesario)

Nombre de la persona que elaboró el historial:	
Nombre del intérprete (si lo hubo):	
Barreras al cumplimiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
Inmunización con virus vivos en las últimas 6 semanas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	
Inmunizaciones recibidas: <input type="checkbox"/> FluMist (influenza) <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubeola) <input type="checkbox"/> MMRV (sarampión paperas, rubeola, varicela) <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Herpes zóster (shingles) <input type="checkbox"/> Viruela <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla	

Embarazada/Embarazo

Paciente está embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Si respondió "No", ¿estuvo embarazada en el año anterior al diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Si respondió "Sí", a partir de (fecha):	Resultados: <input type="checkbox"/> Nacido vivo <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Nacido muerto <input type="checkbox"/> Interrupción <input type="checkbox"/> Otro Especifique otro:
Fecha de parto:	Fecha del resultado:
Evaluación de la placenta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parto a término: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Notas clínicas sobre el embarazo:	¿El bebé fue evaluado para TB? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce Resultado de la evaluación: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce Especifique otro: Resultado de la evaluación: <input type="checkbox"/> Infección de TB <input type="checkbox"/> Periodo ventana de infección de TB <input type="checkbox"/> Sospecha de TB <input type="checkbox"/> Enfermedad de TB <input type="checkbox"/> Sin enfermedad activa ni infección de TB
	Centro de maternidad donde nació vivo: ¿Alguien en el hogar de la paciente tuvo un bebé en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce

Localización de la Enfermedad	
<input type="checkbox"/> Huesos o articulaciones <input type="checkbox"/> Aparato genitourinario <input type="checkbox"/> Laringe <input type="checkbox"/> Sistema linfático: axilar <input type="checkbox"/> Sistema linfático: cervical <input type="checkbox"/> Sistema linfático: intratorácica <input type="checkbox"/> Sistema linfático: otra	<input type="checkbox"/> Sistema linfático: se desconoce <input type="checkbox"/> Meninges <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> No se indica el sitio <input type="checkbox"/> Otra
Especifique otra localización (código anatómico):	

Otra Información Clínica	
<i>Estatus M. bovis</i>	
<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i> Contacto con ganado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce Consumió lácteos no pasteurizados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce Información compartida con Zoonosis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de notificación a Zoonosis:	<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i> (BCG) Historial de BCG: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas de BCG: Recibe BCG como tratamiento contra el cáncer: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce Fechas:

Notas	

Firma de la persona que elaboró el historial	Fecha
Firma del intérprete (si lo hubo)	Fecha