



CUESTIONARIO PARA EL CHEQUEO RUTINARIO DE TB

¿Alguna vez ha tenido una prueba cutánea de TB positiva? SÍ NO

¿Alguno de sus familiares o personas con las que tiene mucho contacto ha tenido una prueba cutánea de TB positiva? SÍ NO

¿Alguna vez se le ha informado que tiene/tuvo una radiografía del tórax anormal? SÍ NO

¿Ha viajado a países fuera de los Estados Unidos el año pasado? SÍ NO

En caso afirmativo, favor de apuntar ciudad, país y las fechas aproximadas:

¿Nació usted en los Estados Unidos? SÍ NO

En caso negativo, favor de indicar el país donde nació:

¿Ha tenido alguno de los síntomas abajo mencionados en los últimos 12 meses?

¿Una tos productiva persistente que duró 3 semanas o más? SÍ NO

¿Toser sangre? SÍ NO

¿Fatiga excesiva? SÍ NO

¿Sudores excesivos en la noche? SÍ NO

¿Fiebre inexplicable y recurrente? SÍ NO

¿Pérdida de peso inexplicable? SÍ NO

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del/de la paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de servicios médicos: _____ Fecha: _____