1. Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre
2. Número del paciente		
3. Fecha de nacimiento	Mes / Día / Año	
4. Raza	□ Indio americano o Nativo de Alaska □ Asiático □ Negro o afroamericano □ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico □ No sabe □ Blanco	
5. Grupo étnico	□ Hispano cubano □ Hispano mexicano americano □ De otro grupo hispano □ Hispano puertorriqueño □ No es de origen hispano o latino □ No declarado	
6. Sexo	□ Femenino □ Masculino	
7. Condado donde reside		

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
División de Salud Pública
Sección de epidemiología • Control de la tuberculosis

Registro epidemiológico de la tuberculosis (TB)

Placa radiográfica #: _____

Fecha de la placa: _____

Nombre del PMD (Médico de cabecera): _____

8. Exposición a la TB pulmonar en los últimos 2 años

___ No ___ Sí ___ análisis dio **positivo**
___ cercano ___ análisis dio **negativo**
___ casual ___ cultivo dio **positivo** ___ **S** ___ **R**
___ cultivo dio **negativo**

9. Enfermedad de TB anterior

___ No ___ Sí Fecha: _____ ___ Liste el régimen de medicamentos en el # 16 bajo "anotaciones."

____ Documentada ____ Reportada por el paciente

10. Mantoux PPD(s) (Derivados de proteína purificada)

Fecha actual: _____ Resultado: _____ mm

¿Prueba anterior? Fecha_____ Resultado: _____ mm

11. Tratamiento anterior de ITBL ___ Sí ___ No

Especificar _____

Fecha: _____ # meses _____

12. Estatus médico

___ Prueba de VIH:
Fecha _____
resultado _____
___ Rehusó la prueba VIH
___ Fact. de riesgo de VIH
___ Drogas inyectables
___ Drogas no inyectables
___ Uso de alcohol
___ Uso de tabaco
___ Fármacos anti-TNF
___ Diabetes
___ Inmuno suprimido
___ Silicosis
___ Sarcoidosis
___ Cáncer
___ Enfermedad renal
___ Enfermedad del hígado
___ Gastrectomía
___ Trastorno convulsivo
___ Embarazada
___ Usa lentes de contacto

13. Síntomas/Signos

___ Tos productiva (>3 semanas)
___ Hemoptisis
___ Fiebre/sudor nocturno
___ Pérdida del apetito
___ Fatiga sin razón conocida
___ Dificultad en respirar
___ Dolor en el pecho
___ Pérdida de peso sin motivo
• Peso usual.: _____ lbs.
_____
• Peso actual.: _____ lbs.

14. Residente en

___ Cárcel/Prisión
___ Cuidados de largo plazo
___ Sin hogar/en un refugio

15. Ocupación actua

___ Trabajador migrante
___ Empleo en salud/Prisiones
___ Otro (especifique):

16. Información adicional:

Nació en el extranjero: ❑ Sí ❑ No *(Si responde «Sí», especifique.)* _____

Fecha: _____

Viajes internacionales recientes *(especifique):* _____

Alergias: _____

Liste todos los medicamentos que toma actualmente: _____

_____

_____

Anotaciones: _____

_____

Firma de un profesional médico certificado:_____ Fecha:_____

17. Interpretación de la radiografía del pecho

❑ Negativa para TB
❑ Radiografía anormal, ver #19
❑ Técnicamente insatisfactoria; repetir la radiografía

18. Especificar el plan de tratamiento de ITBL (Infección de tuberculosis latente):

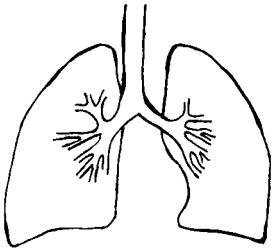
❑ INH 300 mg diariamente ❑ B-6 _____ ❑ Monitorear según directivas de TB en Carolina del Norte
❑ INH 900 mg 2 veces a la semana en Tratamiento Preventivo Observado Directamente (DOPT, sus siglas en inglés)
❑ Otra _____
❑ No se indicó seguimiento de TB

Firma del médico:_____ Fecha:_____

19. Fecha de la muestra	Análisis:	Cultivo:	Especificar:
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____
_____	❑ neg ❑ pos: ❑ < 1 ❑ 1-10 ❑ >10	❑ Mtb ❑ S ❑ R ❑ neg ❑ NTM	_____

20. Interpretación de la radiografía del pecho

- ❑ Enfermedad de espacios de aire
- ❑ Atelectasia
  (Expansión imperfecta o colapso parcial de los pulmones)
- ❑ Ángulo costofrénico despuntado
- ❑ Enfermedad cavitaria
- ❑ Linfadenopatía hiliar
- ❑ Infiltrado pulmonar
- ❑ Enfermedad pulmonar intersticial
- ❑ Derrame pleural
- ❑ Engrosamiento de la pleura
- ❑ Cicatrices
- ❑ Otra _____



21. Estatus de la TB

- ❑ Se sospecha que está actualmente enfermo con TB
- ❑ Actualmente enfermo con TB
- ❑ Mejorando
- ❑ Empeorando
- ❑ Ningún cambio desde _____
- ❑ Anteriormente enfermo con TB; no está enfermo en la actualidad

22. Seguimiento de la TB

- ❑ Monitorear de acuerdo a las directivas de Carolina del Norte sobre la TB
- ❑ No se indicó un seguimiento de la TB
- ❑ Remitir a su médico de cabecera por:

23. Plan de Tratamiento Directamente Observado

- ❑ Isoniazida _____mg **Diariamente**
- ❑ Rifampicina _____mg **Durante ___ Semanas**
- ❑ Pirazinamida _____mg
- ❑ Etambutol _____mg
- ❑ _____
- ❑ B_6 _____mg

seguido por

- ❑ Isoniazida _____mg **___ cada semana**
- ❑ Rifampicina _____mg **Durante ___ Semanas**
- ❑ Pirazinamida _____mg
- ❑ Etambutol _____mg
- ❑ _____
- ❑ B_6 _____mg

seguido por

- ❑ Isoniazida _____mg **___ cada semana**
- ❑ Rifampicina _____mg **Durante ___ Semanas**
- ❑ _____
- ❑ B_6 _____mg

(Para otras opciones, consultar el Manual de Carolina del Norte sobre el Control de la TB.)

Firma del médico:_____ Fecha: _____

Consentimiento Informado solo para Infección de TB Latente (ITBL)

Yo, _____, entiendo que estoy siendo tratado por una infección latente de tuberculosis (ITBL), y me comprometo a tomar los medicamentos. Me han explicado sobre la infección de TB latente y la necesidad de que tome los medicamentos indicados: _____. Se me ha proporcionado el impreso titulado ***"Información importante sobre el tratamiento preventivo: ___Isoniazida ___Rifampicina."*** *Me han explicado los posibles efectos secundarios de estos medicamentos, y entiendo que si tuviera algunos de dichos efectos secundarios, dejaré de tomar los medicamentos contra la tuberculosis y llamaré a la enfermera de tuberculosis en el Departamento de Salud de _____ y a mi médico. Me han explicado sobre la infección latente de tuberculosis y la necesidad de que tome los medicamentos indicados.*

_____ _____ _____

Paciente / Padre o madre / Tutor legal (Haga un círculo.) *Testigo* *Fecha*

Yo, _____, rehúso tomar los medicamentos contra la Infección de TB Latente. Me han explicado sobre la infección de TB latente y la necesidad de que tome los medicamentos indicados.

_____ _____ _____

Paciente / Padre o madre / Tutor legal (Haga un círculo.) *Testigo* *Fecha*