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

HOJA DE FLUJO PARA CASOS DE TUBERCULOSIS

Alergias:

Medicamento	INH	RIF	PZA	EMB		
Fecha de inicio						
Fecha de suspensión						

Fecha de la prueba de VIH

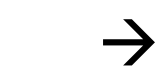
__ __/__ __/__ __ __ __

Marque todas las que correspondan:

- ❑ Firmó autorización para la divulgación de información
- ❑ Consentimiento de tratamiento
- ❑ Firmó el Compromiso de recibir tratamiento contra la tuberculosis
- ❑ Se le entregó la tarjeta de TB y se le dio de alta
- ❑ Se le entregaron hojas informativas de los fármacos

Fecha de la visita									
Peso									
Fecha de la última menstruación									
Recolección de las muestras de esputo									
Toma de muestras de sangre para análisis									
Medicamentos									
Métodos anticonceptivos (especifique)									
Terapia de reemplazo hormonal									
Insulina/Fármacos hipoglicémicos por vía oral									
Corticosteroides									
Anticonvulsivantes									
Metadona									
Antibióticos									
Cumadina (Coumadin)									
Estatinas									
Medicamentos para el corazón									
Medicamentos contra el VIH									
Fármacos inmunosupresores / Fármacos Anti-TNF									
Otro (especifique)									
FIRMA (en cada visita)									

Clave: S = sí N = no * = Ver anotaciones ✓ = Se ordenó dicho ítem o dicha prueba N/A = No aplica



El nombre del paciente, el número del paciente o su fecha de nacimiento
o
Pegue aquí la etiqueta del paciente

Monitoreo de las reacciones a los fármacos

Fecha de la visita									
EFECTOS SECUNDARIOS GENERALES—PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS									
Pérdida de apetito									
Náuseas/Vómitos/Dolor abdominal									
Cansancio o debilidad inusuales									
Ictericia/Coloración oscura de la orina									
Fiebre y escalofríos sin causa aparente									
Dolores de cabeza sin causa aparente									
Cambios mentales									
Dolor de los músculos o las articulaciones									
Rubores									
Salpullido/comezón									
ISONIAZIDA									
Adormecimiento/sensación de hormigueo en los brazos y las piernas									
RIFAMPICINA									
Moretones/Sangrado									
Síntomas parecidos a los de la gripa (el “flu”)									
ETAMBUTOL									
Dificultad para distinguir el color verde del rojo									
Agudeza visual Ojo derecho (R)									
Agudeza visual Ojo izquierdo (L)									
Agudeza visual Ambos ojos									
PIRAZINAMIDA									
Aumento de la sensibilidad al sol									
AMINOGLICÓSIDOS (Estreptomicina [SM], Kanamicina [KM], ETC.)									
Los fármacos de segunda línea requieren de un monitoreo adicional.									
Haga una lista de los fármacos y del monitoreo necesario.									
OTRO									
FIRMA (en cada visita)									

Clave: S = sí N = no * = Ver anotaciones ✓ = Se ordenó dicho ítem o dicha prueba N/A = No aplica