

Cuestionario de Evaluación de Riesgo de TB (Tuberculosis)

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Centro/Sitio de Casa Base: _____ AM _____ PM _____

Trabajador Familiar/Visitador de Casa: _____

Fecha: _____

Persona Entrevistada: _____

Cuestionario de Evaluación de Riesgo de TB

1. ¿Su niño nació fuera de los Estados Unidos? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿Dónde? _____

2. ¿Su niño ha viajado fuera de los Estados Unidos? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿Dónde? _____

¿Con quién se quedó su niño? _____

¿Cuánto tiempo duro su niño de viaje? _____

3. ¿Su niño ha estado expuesto a alguien con la enfermedad de la TB? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la exposición? _____

4. ¿Su niño tiene contacto con alguien que tiene un resultado positivo de TB de la prueba cutánea?

SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la exposición? _____

Enviar via scan el cuestionario completado al Departamento de Salud.

Para ser completado por la Enfermera Registrada:

Referido a un proveedor de Atención de Salud SÍ NO

Fecha: _____

Firma: _____