

Clínica de Tratamiento y Control de Tuberculosis (TB)

Información de Nuevo Cliente

Información Personal y Del Contacto:

Fecha de hoy: _____

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección (con # de Apto):				Ciudad:		Estado:	Código Postal:
# de Teléfono de Casa:		# de Celular:		# del Trabajo:		Email:	
País de Nacimiento:		¿En qué Mes y Año Llegó a Estados Unidos?		Ciudad de Nacimiento		Estado/Provincia	
Raza (favor de marcar todas las que se apliquen): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra y/o Afro-Americana <input type="checkbox"/> Indígena de Norteamérica y/o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> No Lo Se <input type="checkbox"/> Prefiero no Decir							
Grupo Étnico: ¿Tiene Antepasados Hispanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Lo Se <input type="checkbox"/> Prefiero no Decir				Idioma original:			
				Idioma en que se expresa mejor:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
				Si lo necesita, ¿En qué idioma?			
Nombre de la compañía donde trabaja:			Su titulo en el trabajo:			Nombre de la escuela que asiste:	

En caso de una emergencia, a quién llamamos?

Nombre:		Parentesco o Relación:		Lugar de Empleo:	
Dirección (con # de apto.):				Ciudad:	
				Estado:	Código Postal:
# de teléfono de Casa:		# de Celular:		# del Trabajo:	
				Otro#:	

La Razón de su visita hoy:

<input type="checkbox"/> Continuación de tratamiento de : <input type="checkbox"/> TB activa <input type="checkbox"/> Sospecha de TB <input type="checkbox"/> TB Infección <input type="checkbox"/> Referido(a) for su jefe/trabajo <input type="checkbox"/> Para exámenes adicionales <input type="checkbox"/> Referido(a) por el depto. de tarjetas de salud <input type="checkbox"/> Inmigración/Refugiado/Cambio de status	<input type="checkbox"/> Otro. Especifique:
---	---

Exámenes Anteriores, Exposición, o Enfermedad:

¿Se ha hecho usted la prueba de la tuberculosis alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si se la ha hecho, ¿Por qué razón se la hizo?	
¿Qué clase de prueba se le hizo? <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Rayos X		¿Fecha del examen?:	¿Cuál fué el resultado? <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Fecha de la radiografía de los pulmones:	Donde se hizo la radiografía?	Resultado de la radiografía: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
Alguna vez le han diagnosticado con la tuberculosis activa o latente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó que sí, ¿Cuándo y Dónde?		Cual fué el tratamiento?	
¿Ha sido expuesto alguna vez a la Tuberculosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si lo ha sido, ¿Cuándo y Dónde?	

Evaluación de Síntomas, Repaso Médico, y Factores de Riesgo

Marque cualquier síntoma que usted haya experimentado recientemente:

<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Fatiga/Malestar
<input type="checkbox"/> Con Flema	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Pérdida de Apetito
<input type="checkbox"/> Con Sangre	<input type="checkbox"/> Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/> Corta respiración
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):		Cuando comenzaron sus síntomas?	

Cheque todo lo que se aplique a usted:

Medical Risk	<input type="checkbox"/> Menos de 10% bajo su peso normal	<input type="checkbox"/> Terapia Inmunosupresora
	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Sistema Auto Inmunológico	<input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectables
	<input type="checkbox"/> Cáncer (especifique):	<input type="checkbox"/> Uso de drogas no inyectables
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/> Receptor de un trasplante de órganos
	<input type="checkbox"/> Diálisis renal/falla renal	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide
	<input type="checkbox"/> Uso excesivo de alcohol	<input type="checkbox"/> Silicosis
	<input type="checkbox"/> Gastrectomía/Bypass intestinal	<input type="checkbox"/> ¿Fuma?: <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Hookah
	<input type="checkbox"/> Infección de VIH	Cajetillas por día: _____ Años de fumar _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Inmunológica/Enfermedades Crónicas (especifique):	<input type="checkbox"/> Historial médico y quirúrgico (especifique):	
Population Risk	<input type="checkbox"/> Niño expuesto a adultos de alto riesgo	<input type="checkbox"/> Empleado de una facilidad de largo plazo
	<input type="checkbox"/> Extranjero, en EEUU menos de 5 años	<input type="checkbox"/> Residente de una facilidad de largo plazo
	<input type="checkbox"/> Empleado(a) en la profesión médica	<input type="checkbox"/> Marginalmente alojados/ couch surfing
	<input type="checkbox"/> Empleado de un albergue	<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migratorio
	<input type="checkbox"/> Residente de un albergue	<input type="checkbox"/> Recluso de una prisión/cárcel/sala juvenil
	<input type="checkbox"/> Sin hogar pero no residiendo en un albergue	<input type="checkbox"/> Empleado de una prisión/cárcel
	<input type="checkbox"/> Otro/Especifique	

Lista de cualquier medicamento (incluya también medicamentos no recetados como vitaminas, y/o suplementos que esté tomando actualmente). ¿Cuál es la dosis y la frecuencia de sus medicamentos?

Nombre de su(s) doctor(es), y su especialidad si lo sabe:

¿Tiene seguro médico? Sí No

Nombre de su seguro médico:

Para uso del staff clínico únicamente:

Interviewed By:		Date:
<input type="checkbox"/> Change of Status	<input type="checkbox"/> Class B Immigrant	<input type="checkbox"/> Contact: Investigator Assigned _____
<input type="checkbox"/> Employee Health	<input type="checkbox"/> Health Cards	<input type="checkbox"/> In Contact Investigation (CI) Form
<input type="checkbox"/> Hospital Referral	<input type="checkbox"/> Recently Incarcerated	<input type="checkbox"/> 1 st Round Info in CI Form
<input type="checkbox"/> Refugee	<input type="checkbox"/> Suspect/Active	<input type="checkbox"/> 2 nd Round Info in CI Form
PPD Date:	QFT Date:	X-Ray Date:
PPD Result:	QFT Result:	X-Ray Result
Window Prophylaxis Candidate:	Window Prophylaxis Status	Window Prophylaxis Start Date:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Accept <input type="checkbox"/> Decline	
2 nd PPD Date:	2 nd QFT Date:	2 nd X-Ray Date:
2 nd PPD Result:	2 nd QFT Result:	2 nd X-Ray Result:
Further Tests <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, describe:	
LTBI Candidate:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	