

Salem Health Medical Clinic

Evaluación de la Tuberculosis y Consentimiento



Fecha: _____

¿Alguna vez le han hecho prueba de la tuberculina? ☐ No/No lo se ☐ Si – Año de la prueba _____
Resultados: ☐ Positivo ☐ Negativo

- ▶ Si los resultados fueron positivos usted no necesita contestar el resto de este cuestionario.
- ▶ Si los resultados fueron negativos o si nunca se ha hecho una prueba de tuberculosis, por favor conteste las siguientes preguntas:

Si	No	
☐	☐	¿En los últimos 2 años ha estado usted en contacto cercano con alguien con tuberculosis?
☐	☐	¿Ha vivido usted en los Estados Unidos menos de 5 años?
☐	☐	¿Ha vivido en el extranjero por más de 6 meses en los últimos 2 años?
☐	☐	¿Alguna vez ha vivido en una correccional, un albergue o en una casa hogar?
☐	☐	¿Tiene tos crónica, fiebre, escalofríos, sudores nocturnos o pérdida de peso sin causa aparente?
☐	☐	¿Alguna vez se ha inyectado drogas recreacionales o ilícitas?
☐	☐	¿Padece usted de alguna de estas afecciones: Diabetes, peso por debajo de lo normal, cáncer, VIH, supresión del sistema inmune o insuficiencia renal crónica?

Firma: _____ Fecha: _____

TST ☐ not indicated - answered no to all of the above questions

TST ☐ indicated ☐ Consent obtained below

Staff signature: _____ Date: _____

Consentimiento del paciente para realizar la prueba de TB

1. He recibido información relacionada a la prueba tuberculina en la piel.
2. Entiendo que estoy recibiendo la prueba tuberculina debido a las respuestas que proporcione arriba.
3. Tuve la oportunidad de hacer preguntas.
4. Yo entiendo que si alguna vez recibí la prueba tuberculina de la piel y tuve una reacción positiva, no debería recibirla otra vez a menos que haya sido ordenado por un profesional de la salud
5. **Yo entiendo que debo regresar el _____ para una evaluación de la prueba en la piel, de no venir en la fecha indicada la prueba tendrá que repetirse.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____