Prince William Health District

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE EXAMENES DE PPD/TUBERCULOSIS

Número de Seguro Social o de Extranjero del Paciente (opcional) _____

Nombre_____Fecha de Nacimiento ___ /____/_____ Edad_____
Apellido Nombre 2do Nombre

Dirección_____ Teléfono de la Casa: _____
Calle # Apto. Teléfono Celular: _____

_____ Teléfono Trabajo: _____
Ciudad Código Postal

Dirección de correo electrónico _____¿Está bien contactarlo por correo electrónico? ____ Si _____No

Sexo: M / F Estado Civil_____ Raza _____ ¿País de nacimiento? _____Fecha de Arribo a EE.UU. (si corresponde) _____

¿Tiene el paciente seguro de salud? Sí____ No____ Si es afirmativa, nombre del seguro_____

Si el paciente es menor: Nombre de la Madre _____ Fecha de Nacimiento_____ /_____/_____

Nombre del Padre _____ _____ Fecha de Nacimiento_____/_____/_____

Nombre de la persona responsable de los cargos _____

Fecha de Nacimiento____/_____/_____# Seguro Social (opcional) _____

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy? (Marque solo uno)

- ☐ Estoy registrado para votar en mi dirección actual.
- ☐ No soy elegible para registrarme para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar.
- ☐ Sí, me gustaría registrarme para votar. (Complete el formulario de solicitud de registro de votante)
- ☐ No, no deseo registrarme para votar.

Cuestionario de Prueba en la Piel para Tuberculina

¿Por qué se hace esta prueba? _____

Fecha de la última prueba en la piel para TB _____ ¿Dónde se realizó la prueba? _____

1. ¿Alguna vez resultó positiva su prueba en la piel para TB y la piel se puso roja y/o se inflamó y requirió que se hiciera rayos X de pecho? Sí__No__

2. ¿Alguna vez tomó algún medicamento contra la tuberculosis? Sí ___ No ___

3. ¿Alguna vez se aplicó la vacuna BCG (una vacuna dada en algunos países Europeos, Africanos, Asiáticos, y de América Central y del Sur para protegerlo contra la infección de tuberculosis)? Sí ___ No ___

4. ¿Está haciéndose esta prueba porque ha estado en contacto con alguien que tiene Tuberculosis? Sí___ No___

5. ¿Ha recibido alguna vacuna en este último mes? Sí ___ No ___

6. ¿Ha tenido infecciones virales graves distintas a la gripe en este último mes? Sí ___ No ___

7. ¿Está tomado actualmente drogas esteroides tales como cortisona? Sí ___ No ___

8. ¿Está enfermo hoy? Sí ___ No ___

9. Durante los últimos 5 años, ¿ha salido de los Estados Unidos? Sí___ No___

10. ¿Desea ser examinado por VIH? (La prueba de **VIH es Gratuita)** Sí___ No___

Declino la prueba de VIH _____ _____
Firma Fecha

11. Si la respuesta a la pregunta 10 es si, por favor complete las preguntas de evaluación de riesgos de VIH en el reverso de este formulario.

Enumere sus medicamentos actuales: _____

Nombre en Letra de Molde (padre/tutor)_____ Firma (padre/tutor)_____ Date_____

Si se le requiere hacerse una prueba en la piel para TB, <u>debe</u> volver para la lectura. Se le dará una fecha y hora específica para volver.

Cuestionario para Prueba de VIH:

Por favor, responda las siguientes preguntas si se está realizando una prueba de VIH hoy.

- ¿Alguna vez se realizó una prueba rápida de VIH? Sí No
- Si se realizó una prueba rápida, ¿cuál fue el resultado? _____
- Si se realizó una prueba rápida, ¿cuál fue la fecha? _____
- Desde 1978, alguna vez tuvo:
  - ☐ Sexo con un hombre
  - ☐ Sexo con una mujer
  - ☐ Usó drogas intravenosas (IDU)
  - ☐ Sexo mientras usaba drogas no inyectables
  - ☐ Intercambio de sexo por drogas o dinero
  - ☐ Un diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual
- ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con?
  - ☐ IDU (usuario de drogas intravenosas)
  - ☐ Hombre que ha tenido sexo con un hombre
  - ☐ Persona con VIH/SIDA
  - ☐ Múltiples parejas heterosexuales
  - ☐ Desconocido
- ¿Cuál es su país de nacimiento? _____
- ¿Alguna vez se hizo una prueba de VIH? Sí No
- Si se hizo la prueba, ¿Cuál fue el resultado? _____

Se le brindará un listado/tarjeta con instrucciones sobre cómo obtener su resultado de VIH.

Click here to enter text.