

DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA  
INFORME DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A QUIÉN PUEDA INTERESAR: La persona anterior ha sido evaluada por: \_\_\_\_\_  
(POR FAVOR ESCRIBA el nombre del departamento de salud, el centro o el médico)

**Conclusiones de las pruebas de detección y/o pruebas de tuberculosis**

**I. No se han identificado síntomas ni otros riesgos en la evaluación del riesgo de TB**

Una prueba de tuberculina en la piel (TST) o un análisis de sangre (IGRA) no está indicado en este momento debido a la ausencia de síntomas que sugieran TB activa, no se han identificado factores de riesgo de infección o de desarrollar TB activa si está infectado, y no se tiene contacto reciente con TB activa.

La persona tiene antecedentes de infección por tuberculosis. La radiografía de seguimiento de tórax no está indicada en este momento debido a la ausencia de síntomas sugestivos a TB activa.

Si ninguno de los dos aplica, pase a la sección II.

Si se encuentra en un entorno de atención del cuidado de la salud que *requiere* una prueba de infección por TB pero no hay síntomas, vaya a la sección III.

Si se aplica una de estas dos declaraciones, seleccione la declaración adecuada, pase a la Sección V y seleccione la declaración "A".

**II. Hay síntomas compatibles con una posible tuberculosis**

Llame al [departamento de salud local](#) para remitir a la persona para una evaluación adicional de TB de inmediato. Esta notificación es necesaria incluso cuando la persona prefiere realizar una evaluación en privado. Continúe con la Sección V y seleccione la declaración "B".

Si no hay síntomas compatibles con TB, pase a la Sección III.

**III. Prueba de infección por TB: elija TST o IGRA**

Prueba de tuberculina en la piel (TST): (registre ambas pruebas si una TST de 2 pasos fue requerida)

Fecha indicada: \_\_\_\_\_ Fecha de lectura: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ Interpretación:  negativo  positivo

Fecha indicada: \_\_\_\_\_ Fecha de lectura: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ Interpretación:  negativo  positivo

Ensayo de liberación de interferón gamma (análisis de sangre para infección de TB):

Fecha de extracción: \_\_\_\_\_ Prueba realizada:  T-Spot de TB:  Quantiferon TB Gold Plus

Resultado:  negativo  positivo  indeterminado  en el límite  inválido

Si la prueba anterior es negativa, continúe con la Sección V y seleccione la declaración "A". Si cualquiera de las pruebas de infección por TB es positiva, continúe con la Sección IV,

**IV. Radiografía de tórax para evaluar la posible enfermedad por TB**

Fecha de la radiografía de tórax: Ubicación de la radiografía de tórax:

Interpretación:

sin evidencia de tuberculosis activa

radiografía de tórax anormal, tuberculosis activa a descartar

**V. Conclusión de la prueba de detección/examen de TB**

A. Segundo la prueba de detección de TB y/o las pruebas adicionales, la persona mencionada anteriormente está libre de tuberculosis en forma contagiosa.

B. No se puede descartar tuberculosis activa en la persona mencionada anteriormente. La persona ha sido remitida a su médico y al departamento de salud local para una evaluación adicional.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(Médico con autoridad prescriptiva o funcionario del departamento de salud)

Dirección \_\_\_\_\_