

Print on health department letterhead

To Whom It May Concern/A quien corresponda,

The following patient has been under the care of the Health Department for tuberculosis treatment.

El paciente que figura a continuación ha estado bajo el cuidado del Departamento de Salud para el tratamiento de la tuberculosis.

Tuberculosis Treatment Summary – Resumen del tratamiento de la tuberculosis

Patient name <i>Nombre del paciente</i>		Date of birth <i>Fecha de nacimiento</i>	
Diagnosis <i>Diagnóstico</i>			
Date of test for TB infection <i>Fecha de la prueba de la tuberculosis</i>		☐ IGRA ☐ TST	☐ Positive/ <i>Positiva</i> ☐ Negative/ <i>Negativa</i> mm:

Culture confirmed case <i>Caso confirmado por cultivo</i>	☐ Yes/ <i>Si</i> ☐ No/ <i>No</i>
If yes, susceptibility results <i>En caso afirmativo, resultados de susceptibilidad</i>	

Treatment dates <i>Fecha del tratamiento</i>		To <i>Hasta</i>	
Total treatment length in weeks <i>Duración total del tratamiento en semanas</i>		Treatment by directly observed therapy <i>Tratamiento por observación directa</i>	☐ Yes/ <i>Si</i> ☐ No/ <i>No</i>
Treatment Regimen – <i>Régimen de Tratamiento</i>			
Medication/ <i>Medicación</i>	Dose/ <i>Dosis</i>	Start/ <i>Inicio</i>	Stop/ <i>Finalización</i>

Radiology results at treatment completion – <i>Resultados de radiología al final del tratamiento</i>	
Date/ <i>Fecha</i>	
Impression/findings <i>Resultados</i>	

Print on health department letterhead

Recommendations / Recomendaciones:

1. No further tests for TB infection (TST-tuberculin skin test or IGRA-interferon gamma release assay).
No realizar más pruebas de detección de la tuberculosis (prueba cutánea de la tuberculina o prueba de liberación de interferón gamma).
2. Seek medical care for symptoms of active TB disease, such as coughing for three weeks or more, coughing up blood, unexplained fevers or weight loss, poor appetite, night sweats, or serious fatigue.
Busque atención médica si presenta síntomas de tuberculosis activa, como tos durante tres semanas o más, tos con sangre, fiebre o pérdida de peso inexplicables, falta de apetito, sudores nocturnos o fatiga intensa.
3. For future TB screenings, a chest x-ray should only be necessary if exhibiting symptoms of active TB disease or as recommended by a physician.
Para pruebas de detección de la tuberculosis en el futuro, la radiografía de tórax sólo debería ser necesaria si presenta síntomas de tuberculosis activa o si lo recomienda un médico.
4. Keep this letter in a safe place. Take a copy to future TB screenings.
Guarde esta carta en un lugar seguro. Lleve una copia de ésta a las próximas pruebas de detección de la tuberculosis.

PHN Name, Credentials/Title

Date/Fecha:

Phone/Fax/Email:

Treating Clinician(s):