



**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: _____
Ciudad Código Postal Teléfono Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico _____ ¿Está bien contactarlo por correo electrónico? ____ Sí ____ 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) _____

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 esteroideas 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? (*Se aplican cargos*) Sí ____ No ____
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, debe volver para la lectura. Se le dará una fecha y hora específica para volver.