



Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud
Oficina Central de Asuntos del Sida y Enfermedades Transmisibles
PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS

FORMULARIO PARA EVALUACION DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA PARA CERTIFICADOS DE SALUD

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial		Dirección Postal		
Cuidad	Estado	Código Postal	Cuidad	Estado
Conteste las siguientes preguntas				
1. Motivo del certificado <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Otro _____				
2. ¿Ha tenido un resultado positivo a la prueba de tuberculina o IGRA previamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2a. Si contestó Sí, indique la fecha _____			2b. ¿Tiene evidencia del resultado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Marque cualquiera de los siguientes síntomas que haya tenido más de 2 semanas en el último año				
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Fiebre		
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Cansancio		
<input type="checkbox"/> Sudores en la noche	<input type="checkbox"/> Tos con esputo (flema)	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho		
<input type="checkbox"/> Dificultad al respirar	<input type="checkbox"/> Otro _____			
3. ¿Ha tomado medicamentos para la tuberculosis alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3a. Si la contestación es Sí, indique por cuanto tiempo _____			3b. ¿Cuántas medicinas tomó? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> +5	
4. Lugar de nacimiento: 4a. Si nació fuera de Puerto Rico o Estados Unidos, ¿en qué fecha en que se mudó a Puerto Rico o Estados Unidos?				
5. ¿A qué países ha viajado en los últimos 5 años?				
6. ¿Ha estado confinado en una institución correccional?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. En el último año, ¿ha estado en contacto con alguien enfermo con Tuberculosis?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Usa alcohol diariamente o casi todos los días				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Usa drogas				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9a. ¿Alguna vez ha utilizado drogas inyectables?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Se ha realizado la prueba de VIH?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10a. ¿Cuál fue el resultado? <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo			10b. Fecha en que se realizó la prueba	
11. ¿Padece de alguna enfermedad o utiliza algún medicamento que pueda afectar su sistema inmunológico (ejemplo de enfermedades: artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, etc., medicamentos: humira, factores TNF- α)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Tiene cáncer o está bajo un tratamiento de quimioterapia?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Tiene diabetes?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Tiene enfermedad severa de los riñones (está recibiendo diálisis)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Está bajo peso o padece de alguna enfermedad que afecte como su cuerpo absorbe la comida o nutrientes (ejemplo: colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Ha tenido una gastrectomía o bypass intestinal?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una placa de pecho?				

Certifico que la información provista en este formulario es correcta y que en caso de presentar alguno de los síntomas antes mencionados estaré obligado(a) a realizarme una placa de pecho y presentar los resultados de la misma a mi médico y/o Clínica Pulmonar regional para recibir el Certificado de Salud.

Nombre en letra de molde del paciente	Firma	Fecha
---------------------------------------	-------	-------



Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud
Oficina Central de Asuntos del Sida y Enfermedades Transmisibles
PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS

CERTIFICACIÓN

Esta parte debe ser completada y firmada por el médico que realizó la evaluación de riesgo y/o examen médico.

<i>Nombre del paciente</i>	<i>Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)</i>
<i>Fecha del examen</i>	

Marque uno de los siguientes:

- Se realizó una evaluación de riesgo para tuberculosis a la persona nombrada arriba. Luego del mismo no se identificaron factores de riesgo. La persona fue sometida a un examen médico y se determinó que no presenta riesgo de Tuberculosis infecciosa al momento. **Por lo tanto, no es necesario realizar prueba de tuberculina para emitir un certificado de salud.**
- Se realizó una evaluación de riesgo para tuberculosis y/o examen médico a la persona nombrada arriba. Luego del mismo se identificaron factores de riesgo asociados a Tuberculosis (Síntomas reportados o contesto si a cualquiera de las preguntas 6 a 17). **Por lo tanto, es necesario realizar prueba de tuberculina IGRA y/o placa de pecho para determinar presencia o ausencia de Tuberculosis Activa y emitir un certificado de salud.**

Firma del médico

Fecha

Nombre del médico (*letra de molde*)

Dirección de la oficina

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Fax

Correo electrónico