

Evaluación para la Prueba de la tuberculosis en la piel

Primer Nombre	Apellido	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Raza/País de Origen
Nombre del médico		Razón por la prueba en la piel de la TB	
Prueba solicitada: <input type="checkbox"/> 1 pasó <input type="checkbox"/> 2 pasó (marque una)			

	1 pasó		2 pasó	
	Si	No	Si	No
1. ¿Ha tenido contacto reciente con alguien que tenga la enfermedad de tuberculosis activa?				
2. ¿Ha tenido la prueba de la tuberculosis en el pasado?				
3. ¿Si usted tuvo una prueba de la tuberculosis en el pasado, el resultado fue positivo?				
4. ¿Alguna vez ha recibido medicamentos o tratamiento para la tuberculosis?				
5. ¿Alguna vez ha tenido un efecto adverso (vesiculación, ulceración, necrosis) o una reacción alérgica severa a una prueba de la tuberculosis?				
6. ¿Ha tenido recientemente alguna enfermedad o infección?				
7. ¿Tiene alguna condición médica?				
8. ¿Está usted actualmente o ha tomado recientemente medicamentos para órganos de trasplante, cortisona, prednisona u otros esteroides, o tuvo radiación?				
9. ¿Hay alguna razón por la que cree que su inmunidad / resistencia es baja (HIV +, cáncer, leucemia, diabetes, enfermedad renal, cirugía gástrica, pérdida de peso no intencional, etc.)?				
10. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro a seis semanas (MMR, polio oral, varicela, fiebre amarilla, fiebre tifoidea oral, BCG)? Si hay historia de BCG, cuando _____				
11. Sólo para Mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada?				
12. ¿Puede usted regresar en 48 a 72 horas para que le lean los resultados?				

Comentarios:

Por favor lea y firme lo siguiente:

He leído, o se me ha explicado en un lenguaje y una manera que yo entiendo, la información sobre la prueba cutánea de la tuberculina de Mantoux. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en regresar en 48 a 72 horas para que me lean los resultados. Entiendo los beneficios y riesgos de la prueba y solicito que la prueba sea entregada a mí o a la persona arriba mencionada por la cual estoy autorizando a dar consentimiento. Entiendo que mis resultados de la prueba tuberculina de la piel pueden ser comunicados a mi médico el cual hará un seguimiento de la atención médica si es necesaria.

1 pasó _____
Firma *Fecha*

Firma del padre/Guardián *Fecha*

2 pasó _____
Firma *Fecha*

Firma del padre/Guardián *Fecha*

Tuberculin Skin Test Record

1st Step

Manufacturer & Lot Number	
Manufacturer Exp. Date	
Date & Time test applied	___/___/___ ___:___ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Site of injection	<input type="checkbox"/> LFA <input type="checkbox"/> RFA
Signature & Title of person placing skin test	
Results/Date & Time	___/___/___ ___:___ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Signature & Title of person reading skin test	

2nd Step

Manufacturer & Lot Number	
Manufacturer Exp. Date	
Date & Time test applied	___/___/___ ___:___ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Site of injection	<input type="checkbox"/> LFA <input type="checkbox"/> RFA
Signature & Title of person placing skin test	
Results/Date & Time	___/___/___ ___:___ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Signature & Title of person reading skin test	