

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

**FUENTE DE LA INFECCIÓN:**

- I. ¿El caso estuvo expuesto a una persona con TB activa?  Sí - contestar a y b a continuación  No - avanzar a II
- a Nombre de la fuente potencial:
- Dirección: Ciudad: Estado: Condado:
- Relación con el paciente:
- b. ¿Se ha reportado el caso fuente potencial al departamento de salud local?  Sí  No  No sabe
- II. ¿Alguno de los familiares, amigos o compañeros de trabajo del caso está exhibiendo síntomas de la TB?  Sí  No En caso afirmativo, especificar:
- \_\_\_\_\_
- II. ¿Alguno de los familiares, amigos o compañeros de trabajo del caso son conocidos convertidores recientes de la prueba cutánea de la tuberculina?  Sí  No  No sabe

**EVALUACIÓN DE LA CONTAGIOSIDAD DEL CASO**

Marque (x) cada uno de los siguientes que aplique a este caso:

| Características del caso   | Riesgo de transmisión     | Acción necesaria   |
|--|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Laríngeo<br><input type="checkbox"/> Frotis pulmonar positiva<br><input type="checkbox"/> Enfermedad cavitaria pulmonar | Altamente infeccioso      | Complete el resto del formulario para determinar cuál de los contactos necesita hacerse la prueba cutánea. |
| <input type="checkbox"/> Frotis pulmonar positiva sin cavidades<br><input type="checkbox"/> Extrapulmonar con lesiones en la piel que supuran    | Potencialmente infeccioso |  |
| <input type="checkbox"/> Extrapulmonar sin lesiones en la piel que supuran ni involucramiento pulmonar   | No infeccioso             | Hacer prueba cutánea solamente a los contactos cercanos.   |

**IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS POTENCIALES:** *Contactos cercanos: Las personas identificadas en esta sección deben ser incluidas en la primera ronda de pruebas cutáneas.*

Al evaluar los contactos se debe considerar la ventilación/el flujo de aire, el tiempo que pasó y la proximidad con el caso y el tipo de actividad que se hizo con el caso. Las personas identificadas como de alto riesgo, en especial los niños, deben ser las primeras en someterse a la prueba.

A ¿Dónde vivía el caso durante el periodo infeccioso? (marque todas las que aplican):

- Vivienda unifamiliar
- Apartamento
- Hogar de ancianos
- Cárcel/prisión
- Refugio
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Especifique el nombre del lugar, la dirección y las fechas de ocupación:

\_\_\_\_\_

B. ¿Alguno de los anteriores fue calentado/enfriado con un sistema de aire forzado?  Sí  No

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

En caso afirmativo, especificar:

- C. ¿Hay contactos en alguna de las siguientes categorías?
- a. Personas que comparten el mismo espacio de vivienda  Sí  No
  - b. Invitados regulares que se quedan durante la noche (adultos y niños)  Sí  No
  - c. Otras personas que comparten el mismo sistema de calefacción/enfriamiento de aire forzado  Sí  No

**COMENTARIOS:**

---



---

**EMPLEO:** *Los contactos del empleo deben ser considerados para la primera ronda de pruebas si el caso es altamente infeccioso o la cantidad de contacto es comparable con un contacto cercano. De lo contrario, deben incluirse en la segunda ronda de pruebas cutáneas si los contactos cercanos son positivos para la prueba cutánea.*

Descripción general de actividades laborales:

---



---



---

Ubicación del trabajo:  En el exterior  En el interior: Trabaja en un área  En el interior: Trabaja en más de un área

Describe el entorno del trabajo en el interior:

---



---



---

| Contactos Programados para:  | Ningún contacto | 1 <sup>ra</sup> ronda de prueba cutánea | Pruebas cutáneas potenciales subsiguientes | Comentarios |
|--|-----------------|---|--|-------------|
| Personas que comparten con regularidad un espacio donde trabaja el caso                    |                 |   |  |             |
| Personas que comparten el almuerzo, los descansos, u otro tiempo en el trabajo con el caso |                 |   |  |             |
| Persona que comparte transporte  |                 |   |  |             |
| Personas que comparten la misma ventilación con aire forzado                               |                 |   |  |             |
| Otro   |                 |   |  |             |

**OTRO:**

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

A. ¿El caso fue transportado por un Técnico en Emergencias Médicas (EMT, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

1. En caso afirmativo:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Especificar:

2. ¿El EMT fue notificado?

 Sí No

B. ¿El caso está matriculado en una escuela/universidad?

 Sí No

1. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la escuela/universidad?:

2. ¿Cuánto tiempo pasa el caso en la escuela/universidad cada semana?

C. ¿El caso asiste regularmente a la iglesia?

 Sí No

1. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la iglesia?:

2. ¿El caso participa en actividades de la iglesia en espacios pequeños y cerrados?

 Sí No

D. ¿El caso participa en actividades deportivas en equipo?

 Sí No

1. En caso afirmativo, especificar:

D. ¿El caso participa en cualquier otro club u organización?

 Sí No

1. En caso afirmativo, especificar:

2. Nombre de los grupos:

F. ¿El caso pasa tiempo con amigos/familiares fuera del hogar?

 Sí No

1. En caso afirmativo, número de horas por semana:

F. ¿El caso pasa una cantidad de tiempo significativa fuera del hogar?

 Sí No

1. En caso afirmativo, número de horas por semana:

2. Nombre de los lugares:

H. ¿El caso bebe alcohol?

 Sí No

1. En caso afirmativo, número de horas por semana:

2. Nombre de los lugares: