

<b>Apellido</b> _____ <b>Nombre</b> _____ <b>PBA ID#</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> ____/____/____	<b>Seleccione todos los que aplican:</b> <input type="checkbox"/> TC Licenciatura <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial/Nocturno <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Conmutadores <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Internacionales <b>Año de Inscripción en PBA:</b> _____
---	---

**Favor contestar las siguientes preguntas sobre detección de riesgo de TB:**

- ¿Ha tenido contacto con personas con tuberculosis?  No     Sí
- ¿Ha dado positive alguna vez al examen de piel de tuberculosis?  No     Sí
- ¿Usted nació en alguno de los países listados abajo? Si su respuesta es afirmativa, circule el nombre del país.  No     Sí
- Si su respuesta es afirmativa, ¿ha llegado a los Estados Unidos en los pasados 5 años?  No     Sí
- ¿Ha visitado de forma prolongada o sucesivamente alguno de los países listados?  No     Sí  
     Si su respuesta es afirmativa, seleccione cada uno de los países visitados.

Angola	Congo DR	Korea DPR	Myanmar	Filipinas	Tailandia
Azerbaijan	Etiopia	Kyrgyzstan	Namibia	Federación Rusa	Ucrania
Bangladesh	India	Lesotho	Nigeria	Sierra Leona	Uzbekistan
Belarusia	Indonesia	Liberia	Pakistán	Somalia	Vietnam
Cambodia	Kazakhstan	Moldova-Rep	Papua New Guinea	Sud Africa	Zambia
China	Kenya	Mozambique	Perú	Tajikistán	Zimbabwe

Source: World Health Organization Global Health Observatory, High Rates of Tuberculosis 2016. For future updates, refer to <http://apps.who.int/ghodata>.

**Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, su proveedor médico debe completar la Página 2: Evaluación Clínica antes de llegar al campus universitario. La página 1 debe ser presentada a Salud y Bienestar antes de comenzar su primer semestre. La página 2 solamente es requerida si se necesita una evaluación clínica.**

**Si la respuesta a todas las preguntas es NO, ninguna otra acción es requerida.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN CLÍNICA DE TB POR EL PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

(Este formulario solo se requiere si contesto “sí” a cualquiera de las preguntas del formulario 1)

Médicos deben revisar y verificar la información provista por el estudiante en la Página 1: Formulario de Detección de Riesgo de TB. Los estudiantes que respondieron “Sí” a cualquiera de las preguntas son candidatos para la prueba cutánea de la tuberculina o de Mantoux (TST aka PPD) o la prueba de Liberación del Interferón Gamma (IGRA), a menos que tenga documentado una prueba anterior con un resultado positivo. Únicamente un examen de pecho con Rayos X no es válido para comprobar la exposición a +TB, solo puede probarse con un resultado positivo de las pruebas TST o IGRA.

### 1. Chequeo de Síntomas de TB

¿El estudiante tiene signos o síntomas de la enfermedad activa de tuberculosis pulmonar?  Sí  No

Si **no**, proceder a 2 o 3.

Si la respuesta es afirmativa, especificar abajo, luego debe proceder al cheque de no poseer tuberculosis pulmonar actualmente.

- Tos (especialmente si tiene duración de más de 3 semanas) con o sin producción de esputo
- Tos con sangre (hemoptisis)
- Dolor de pecho
- Falta de apetito
- Pérdida de peso inexplicable
- Transpiración nocturna
- Fiebre

### 2. Prueba cutánea de Tuberculina o de Mantoux (TST): Fecha Administración: \_\_\_\_\_

Fecha de lectura: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ mm de induración Interpretación:  Positivo  Negativo

### 1. Test de Liberación del Interferón Gamma (IGRA)

Fecha Obtenida: \_\_\_\_\_ (especificar método)  QFT-GIT  T-Spot  Otro\_\_

Resultado:  Negativo  Positivo  Indeterminante  Límite o Borderline (solo T-Spot)

**Plan de Tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Rayos X de Pecho:** (Required if TST or IGRA is positive, cannot be used as sole indicator for TB infection)

Fecha de Rayos X: \_\_\_\_\_ Resultado:  Normal  Abnormal

Firma de Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sello Oficial de la Oficina: