

## Evaluación del Programa de TB

Informe del seguimiento y el tratamiento de  
contactos de casos y sospechosos de TB

Página 1 de  
Fecha  
#RVCT:

### A. Información de caso/sospecha de caso

<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nom.</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (Mes / Día / Año)	<b>Núm. del SS</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negra/Afr. Amer. <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Amerino/Nat Alaska <input type="checkbox"/> Nat.Hawái/Is Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	<b>Grupo étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hisp./Latino			
<b>Domicilio: Calle</b>		<b>Apt.</b>	<b>Cuidad</b>	<b>Condado/Municipio</b>	<b>Código postal</b>	<b>Zona censal</b>	<b>Teléfono de la casa</b>	<b>Teléfono del trabajo</b>		
<b>Estatus:</b> <input type="checkbox"/> Sospechoso Caso: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Recaida <input type="checkbox"/> Reabrir			<b>Localización predominante:</b> <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Laríngea <input type="checkbox"/> Otra:			<b>¿Es casado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>¿Asiste/Empleado de guardería?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Fecha de TST</b>  mm <b>Positivo</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<b>Bacteriología</b>							
<b>Fecha de IGRA</b>  <b>Positivo</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<b>Muestra</b>	<b>Fecha de obtención</b>	<b>Frotis</b>	<b>Cultivo</b>	<b>Identificación del cultivo</b>	<b>Resistencia a:</b>		
<b>Fecha inicio tratamiento</b>	<b>¿Cumple con el tratamiento?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>¿Contacto con ganado o consumo de lácteos no pasteurizados?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>¿Identificado en investigación de contactos anterior?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>Comentarios:</b>			
<b>Fecha de Rx tórax</b>	<b>Lectura</b>	<b>Cavidades</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>Criterios de prioridad</b>						
<b>Fechas del periodo infeccioso</b>		<b>A</b>		<input type="checkbox"/> Frotis de esputo positivo	<input type="checkbox"/> Laríngea	<input type="checkbox"/> Niño (5 a <15)				
				<input type="checkbox"/> Cultivo de esputo positivo	<input type="checkbox"/> Miliar	<input type="checkbox"/> Interno de correccional				
				<input type="checkbox"/> Cavernas en RX	<input type="checkbox"/> MFR (MDR)	<input type="checkbox"/> Residente de centro largo plazo				
				<input type="checkbox"/> Pulmonar	<input type="checkbox"/> Niño (<5)	<input type="checkbox"/> Con conversión reciente				
<b>DOT</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Caso de origen:</b> Nombre: Apellido, Primer nombre, Segundo nombre:						<input type="checkbox"/> No se sabe			
<b>Identificados menos de 3 contactos debido a:</b> <input type="checkbox"/> Paciente no cooperó <input type="checkbox"/> Se perdió para seguimiento <input type="checkbox"/> Otro (especifique):				<b>Comportamiento social de riesgo</b> <input type="checkbox"/> Paciente murió <input type="checkbox"/> Sin información de contacto				<input type="checkbox"/> 900 Positivo	<input type="checkbox"/> HBV Positivo	<input type="checkbox"/> Consum otras sustancias
				<input type="checkbox"/> Enfermedad mental				<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol	
<b>Fecha de solicitud de asistencia:</b>				<b>Nombre del asistente:</b>						

**B. Entrevista e información del sitio de exposición**

Fecha de la entrevista		Entrevistador: Apellido		Primer nombre		Clínica		Fecha visita 1 hogar/otro sitio:		Fecha visita 3 hogar/otro sitio:	
Fecha entrevista (>7 días después)								Fecha visita 2 hogar/otro sitio:		Fecha visita 4 hogar/otro sitio?	
# sitio	Nombre del sitio	Localidad / Dirección		Tipo de sitio						Est. # de espuestos	
				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
1				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
2				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
3				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
4				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
¿Intervinieron los medios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si contestó "sí", fuente de los medios y contacto:									