

West Virginia Department of Health and Human Resources  
Division of Tuberculosis Elimination  
Evaluación del Riesgo Para la Tuberculosis

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Dia de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

**¿Usted tiene algunos de los síntomas siguientes? (Indique todos los que aplican)**

- |           |           |                            |
|-----------|-----------|----------------------------|
| <i>Si</i> | <i>No</i> | Tos (por más de 3 semanas) |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | Fiebre                     |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | Tos con sangre             |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | Pérdida de peso            |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | Pérdida de apetito         |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | Sudores nocturnos          |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | Fatiga                     |

**¿País de nacimiento? ¿Cuál? \_\_\_\_\_**

**¿Esta usted ahora, o en cualquier tiempo en su vida? (Indique todos los que aplican)**

- |           |           |   |
|-----------|-----------|---|
| <i>Si</i> | <i>No</i> | ¿Ha sido expuesto a alguien enfermo con tuberculosis?                                       |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | ¿Ha estado sin hogar? (ahora o en 2 años atrás)   |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | ¿Ha visitado otro país por 2 meses o más? Indique el país _____                             |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | ¿Ha vivido en otro país? Indique el país _____  |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | ¿Ha recibido la vacuna del BCG o bacilo de Calmette-Guerin (vacuna contra la tuberculosis)? |

**¿Es usted? (Indique Si o No)**

- |           |           |   |
|-----------|-----------|---|
| <i>Si</i> | <i>No</i> | ¿Un estudiante que se mudo para West Virginia dentro de los 4 meses pasado que está entrando una escuela pública o privada? |
| <i>Si</i> | <i>No</i> | ¿Un voluntario o personal entrando el sistema de educación en West Virginia?  |

**¿Usted a tenido? (Indique todos los que aplican):**

- Si*    *No*    ¿Cáncer de la cabeza o del cuello?  
*Si*    *No*    ¿Leucemia?  
*Si*    *No*    ¿Otra forma de cáncer?

**¿Usted tiene o a tenido? (Indique todos los que aplican)**

- Si*    *No*    ¿Una prueba de tuberculosis positiva?  
*Si*    *No*    ¿Un riesgo para la VIH?  
*Si*    *No*    ¿Diabetes?  
*Si*    *No*    ¿Silicosis o neumoconiosis?  
*Si*    *No*    ¿Enfermedad de los riñones?  
*Si*    *No*    ¿Un historial de intervención quirúrgica intestinal?  
*Si*    *No*    ¿Un historial de intervención quirúrgica en el estómago?  
*Si*    *No*    ¿Trastornos del sistema inmunitario?  
*Si*    *No*    ¿Una enfermedad que requiere medicinas que reducen el sistema inmunitario?

**Necesito una prueba de tuberculosis porque:**

- Si*    *No*    Mi empleador requiere esta prueba.  
*Si*    *No*    Mi institución de educación requiere esta prueba.  
*Si*    *No*    Otra razón: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY
NURSE SIGNATURE: _____
DATE: _____
_____ TST    _____ IGRA    _____ CXR    _____ DIAGNOSTIC CLINIC    _____ NO FOLLOW-UP NEEDED
_____ LETTER GIVEN