

Cuestionario de Tuberculosis

Nombre del niño o niña _____

Organización _____ Fecha _____

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés).

La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculínica, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

	Sí	No	No se sabe
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?			
¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas? Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.			
¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculínica recientemente? Sí___ (si sí, especifique la fecha ___/___/___) No___
 ¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? Sí___ (si sí, especifique la fecha ___/___/___) No___

Solamente para uso de la escuela o del proveedor de servicios médicos

¿Se administró PPD? Sí___ No___

Si sí,

Fecha en que fue administrada ___/___/___ Fecha de lectura ___/___/___ Resultado de la prueba ___ mm

Tipo de proveedor de servicio (ej.: escuela, Health Steps, otras clínicas) _____

Administrador de PPD _____
 firma nombre en letra de molde (imprenta)

Número de teléfono del administrador de PPD _____

Ciudad _____ Condado _____

Si resultó positivo, ¿se refirió al proveedor de servicios de salud? Sí___ No___

Si sí, nombre del proveedor (médico o clínica, etc.) _____

