



Kids' Medical Care
Diana McLaughlin, MD
2336 Immokalee Road
Naples, FL 34110
239-591-8481
239-596-0212 (FAX)

Name: _____
MR#: _____
DOB: _____
Date: _____

CUESTIONARIO de RIESGO de TUBERCULOSIS

Basado en Academia Americana de Pediatría (AAP) recomendaciones; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). United States, 2010. MMWR. June 25,2010, Vol. 59, NO. RR-5.

Preguntas a los padres (adolescentes mayor de 16 años se le pueden preguntar directamente):

1. Su hijo/hija se ha tenido contacto con la enfermedad de Tuberculosis en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Una amistad o miembro de la familia tiene la enfermedad de Tuberculosis en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Una amistad o miembro de la familia ha dado un resultado positivo a la prueba de Tuberculosis en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Su hijo/hija ha viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana en los últimos 12 meses? (Países de alto riesgo son todos los países menos United States, Canada, Australia, New Zealand, o Western Europe.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Su hijo/hija tiene un miembro de la familia que ha viajado fuera de Estados Unidos en los últimos 12 meses a un país de alto riesgo? (Países de alto riesgo son todos los países menos United States, Canada, Australia, New Zealand, o Western Europe.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Su niño pasa tiempo con alguien que ha estado en la cárcel (o prisión), refugio, usa drogas ilegales o intravenosa o tiene HIV en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Su hijo bebió leche o come queso sin pasteurizar en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si hay una respuesta "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, entonces pruebas de PPD Tuberculin Skin testing o IGRA testing se deben realizar.

Si se realiza una prueba PPD Tuberculin Skin test, yo, el representante legal, prometo notificar a KIDS' MEDICAL CARE inmediatamente, si mi hijo/hija tiene una reacción como enrojecimiento, decoloración, inflamación o hinchazón después de 72 horas.

Yo, el representante legal, certifico que he contestado las preguntas anteriores honestamente lo mejor que yo sepa.

Date: _____

Print Name: _____

Signature: _____