

Adenda de Evaluación: Chequeo de Tuberculosis

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

- 1) ¿Ha viajado por largo tiempo (más de 4 semanas) fuera de los EE.UU., en los últimos cinco años, a zonas de alta incidencia de tuberculosis? (Asia, África, Sudamérica, Centroamérica)

____ Sí ____ No

- 2) ¿Es usted un inmigrante reciente (dentro de los últimos 5 años) de un país extranjero con alto riesgo de tuberculosis? (incluye países en Asia, África, Sudamérica y Centroamérica)

____ Sí ____ No

- 3) ¿Ha residido usted en cualquiera de estos centros durante el último año (cárceles, prisiones, refugios, hogares de ancianos, y otros centros de cuidado a largo plazo tales como centros de rehabilitación)? *Si algún residente en cualquiera de estos centros, tuvo prueba de tuberculosis dentro de los últimos tres meses, no necesita ser reevaluado por riesgo de tuberculosis.

____ Sí ____ No

*Fecha del último examen de TB: _____ Resultados del examen de TB: _____

- 4) ¿Ha tenido usted algún contacto cercano con una persona a la que le han diagnosticado tuberculosis?

____ Sí ____ No

- 5) ¿Ha estado usted desamparado durante el último año?

____ Sí ____ No

- 6) ¿Ha sido usted alguna vez usuario de drogas inyectables?

____ Sí ____ No

- 7) ¿En la actualidad tiene usted, o alguien en su hogar, uno de los siguientes síntomas como un tos persistente durante 2 o más semanas, tos con sangre, fiebre/escalofríos, pérdida de apetito, pérdida inexplicable de peso, fatiga, sudores nocturnos?

____ Sí ____ No

¿Respondió el cliente con un "Sí " a cualquiera de las preguntas anteriores?

____ Sí ____ No

Si es que sí, la persona es considerada a alto riesgo de TB – Lo siguiente debe suceder:

- 1) ¿Proveyeron el formulario de referido para la Clínica de TB del Departamento de Salud Pública del Condado?

____ Sí ____ No Fecha _____

- 2) Proveer actividades de manejo de caso: chequeo; evaluación/determinación del nivel de cuidado; referido para tratamiento; referido para el cliente, según sea apropiado, a manejo intensivo de cuidado (ICM). Documentar en el expediente del cliente.

- 3) Obtener el consentimiento firmado para permitir la comunicación **entre su agencia y el Departamento de Salud del Condado de Chester** para asegurar que se pueda dar la coordinación del cuidado.

**Departamento de Servicios de Drogas y Alcohol del
Condado de Chester
Información de Referidos para Exámenes de TB**

En base a sus respuestas a las preguntas de evaluación de riesgo de TB, se recomienda que a usted se le haga un examen de TB.

Su médico se lo puede hacer, o el examen está disponible en la Clínica de TB del Departamento de Salud del Condado de Chester.

Los exámenes se encuentran disponibles, sin citas programadas y en orden de llegada, en la Clínica del Departamento de Salud del Condado de Chester, 601 Westtown Road, West Chester, PA durante el horario siguiente:

Lunes - 9:00 a.m. to 4:00 p.m.

Martes - 9:00 a.m. to 4:00 p.m.

Miércoles - 9:00 a.m. to 4:00 p.m.

Viernes - 9:00 a.m. to 4:00 p.m.

Para más información, se puede contactar el Departamento de Salud del Condado de Chester al:

(610) 344-6491

Hay un costo asociado a este examen, **a menos de que** usted presente este formulario al Departamento de Salud cuando vaya para hacerse el examen.

Por favor tenga presente que usted tiene que regresar a la Clínica sin citas programadas y en orden de llegada, 48 a 72 horas después de que se le haya hecho el examen cutáneo, para que la Enfermera de la Clínica se los lea los resultados del examen cutáneo.