



Nombre del Paciente: _____

Numero del Expediente Medico #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono #: _____ Celular #: _____

1. Ha tomado una prueba de tuberculosis anteriormente? ____Si ____No ____No Se

2. Si se le aplico, cual fue el resultado:

____Negativo

____Positiva

____No Se

3. Si su prueba fue positive, sele administro la vacuna BCG en otro pais?:

____Si ____No ____No Se

____Si, Cuando? _____

____Rayos' X? ____Si ____No ____No Se

Si cuando? _____

Alguna vez lo han tratado o diagnosticado con Tuberculosis? ____Si ____No

Ha sufrido alguna de los siguientes molestias?

1. Tos Crónica (que dure 2 semanas o mas) ____Si ____No

2. Sobreproducción de flema todos los días por 1 semana o mas ____Si ____No

3. Fatiga crónica (por 2 semanas o mas) ____Si ____No

4. Fiebre que dure 1 semana o más ____Si ____No

5. Sudores nocturnos ____Si ____No

6. Perdida de peso (8 libras o más) ____Si ____No

Reviewed by _____

Title _____

Date _____