

Evaluación del riesgo de tuberculosis del paciente

Este formulario debe utilizarse antes de realizarles los análisis a los pacientes que solicitan la prueba de tuberculosis con el fin de documentar el riesgo y determinar si estas están indicadas.

INFORMACIÓN DEL CENTRO

Fecha _____

Personal de enfermería/médico que llevará a cabo la evaluación de riesgos: _____

Centro/clínica _____

Dirección postal _____ Teléfono _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ Fax _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Ocupación (si está jubilado, ocupación anterior) _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Contacto alternativo/tutor _____

Estado del seguro: Sin seguro Asegurado (seguro privado, empleador, Medicaid, Medicare, VA, IHS, ACA, estudiante, etc.)

Raza/etnia: Indígena americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico
 Blanco Desconocida Otra opción (especifique): _____

Etnia: Hispano o latino/a No hispano ni latino/a Desconocida

Sexo al nacer: Masculino Femenino Desconocido

¿Se ha realizado anteriormente una prueba cutánea o un análisis de sangre para detectar la tuberculosis? No Sí.

Fecha de la última prueba _____ Resultado: Negativa Positiva

¿Alguna vez recibió un tratamiento por una infección o la enfermedad de tuberculosis? No Sí. Si la respuesta es sí, indique las fechas del tratamiento, la ubicación y los medicamentos: _____

¿Alguna vez recibió una vacuna para la tuberculosis (bacilo de Calmette-Guérin, BCG)? No Sí.

País y fecha de la vacuna _____

De acuerdo con la ley estatal, los resultados positivos de los análisis podrán comunicarse al Departamento de Salud de Wyoming (WDH). El WDH sigue las leyes y reglamentos de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) relacionados con la divulgación de información de salud protegida.

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: He recibido y leído el aviso de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información.

Firma del paciente (o tutor) _____ Fecha _____

****El personal de enfermería u otro clínico debe completar el resto de este documento.****