

## Evaluación de aislamiento domiciliario por tuberculosis (TB) activa posible o confirmada

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_

El proveedor:  Sospecha de tuberculosis activa  
 Ha diagnosticado al paciente con tuberculosis activa

Esta evaluación ayudará a determinar si el hogar del paciente es apropiado y seguro para el aislamiento domiciliario por tuberculosis. En esta evaluación, se define “hogar” como el hogar del paciente o el lugar acordado para el aislamiento domiciliario por tuberculosis.

1. Tipo de residencia:  Casa  Apartamento/condominio  Casa rodante  Motel/hotel  
 Refugio  Instalación  Sin vivienda  Otro: \_\_\_\_\_
2. ¿El paciente se siente seguro en su hogar?  Sí  No Comentarios: \_\_\_\_\_
3. ¿El paciente tiene la capacidad de comunicarse adecuadamente para cumplir con el aislamiento domiciliario, el tratamiento y el seguimiento de la tuberculosis?  Sí  No  
Comentarios: \_\_\_\_\_
4. ¿El paciente tiene la capacidad física y cognitiva adecuada para cumplir con el aislamiento domiciliario, el tratamiento y el seguimiento de la tuberculosis?  Sí  No  
Comentarios: \_\_\_\_\_
5. ¿El paciente tiene empleo?  Sí  No En caso afirmativo, su trabajo es:  
 Presencial  Remoto  Híbrido
  - a. De ser necesario, ¿el paciente dispone de recursos adecuados, tiempo libre o la opción de teletrabajar durante el aislamiento domiciliario?  Sí  No  
Comentarios: \_\_\_\_\_
6. Número de personas en el hogar: Más de 18 años \_\_\_\_\_ Desde 5 hasta 17 años: \_\_\_\_\_  
Menores de 5 años: \_\_\_\_\_
7. ¿Hay alguien inmunodeprimido en el hogar?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿quién?: \_\_\_\_\_
8. ¿Hay alguna mujer embarazada en el hogar?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿quién?: \_\_\_\_\_
9. ¿El paciente comparte su habitación con alguien más?  Sí  No  
Comentarios: \_\_\_\_\_
10. ¿El paciente está pasando por una situación de inseguridad habitacional?  Sí  No  
Comentarios: \_\_\_\_\_
  - a. ¿Se vería afectada la seguridad de la vivienda por el aislamiento domiciliario del paciente con tuberculosis?  Sí  No Comentarios: \_\_\_\_\_
11. ¿El paciente está pasando por una situación de inseguridad alimentaria?  Sí  No  
Comentarios: \_\_\_\_\_
  - a. ¿Se vería afectada la inseguridad alimentaria por el aislamiento domiciliario del paciente con tuberculosis?  Sí  No Comentarios: \_\_\_\_\_

12. ¿El paciente tiene un mecanismo para obtener alimentos y medicamentos mientras está en aislamiento domiciliario por tuberculosis?  
 Sí  No Comentarios:\_\_\_\_\_
13. ¿La vivienda cuenta con recursos adecuados de agua, alcantarillado, recolección de basura, calefacción, aire acondicionado y refrigeración?  Sí  No  
Comentarios:\_\_\_\_\_
- a. ¿Los recursos suficientes para estos servicios públicos se verían afectados por el aislamiento domiciliario del paciente con tuberculosis?  Sí  No  
Comentarios:\_\_\_\_\_
14. ¿El paciente dispone de un medio de transporte confiable para acceder a la atención de la tuberculosis?  Sí  No Comentarios:\_\_\_\_\_

Firma del administrador de casos de tuberculosis:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_