



# CUESTIONARIO DE TUBERCULOSIS: PARA ADULTOS

**Catholic Schools Office**

**2021-2022 School Year**

Archdiocese of Galveston-Houston

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona al toser o estornudar, causando que los gérmenes de TB se difundan por el aire. Estos gérmenes pueden ser inhalados por una persona. Los adultos que tienen la enfermedad activa normalmente tienen varios de los siguientes síntomas: tos por más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos. Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por sus siglas en inglés). La tuberculosis es prevenible y se puede tratar con medicamentos. La prueba cutánea de la tuberculina (también llamada PPD o prueba de Mantoux) se utiliza para saber si usted ha sido infectado/a con el germen de TB. En los Estados Unidos no se recomienda recibir una vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba de la tuberculina no es una vacuna contra la tuberculosis. Necesitamos su ayuda para saber si usted ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

**Toda la información obtenida aquí se mantendrá confidencial.**

Por favor marque en la caja apropiada:	Sí	No	No sé
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (por más de dos semanas), o tos con sangre. ¿Sabe usted si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• usted ha estado cerca de alguien con esos síntomas o problemas? o</li> <li>• usted ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? o</li> <li>• usted ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?</li> </ul>			
¿Nació usted en México o en cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia?			
En el último año, ¿ha viajado usted a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? Si ha respondido que sí, favor de especificar a qué país o países. _____			
¿Sabe usted si ha pasado un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona usa o ha usado alguna droga intravenosa (IV), está infectada por el VIH, estaba encarcelada, o ha llegado recientemente a los Estados Unidos de otro país?			

¿Se ha hecho usted una prueba de tuberculosis recientemente? Sí \_\_\_\_\_ (especifique la fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) No \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Para uso médico solamente.** (Debe ser un médico en ejercicio en el estado de Texas según las pautas del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas)

\_\_\_\_\_ was seen on \_\_\_\_\_  
Name Date

Is follow up needed? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Physician Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_  
Phone number \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_