

# CUESTIONARIO DE TUBERCULOSIS: NINO o NINA

Catholic Schools Office

2023-2024 School Year

Archdiocese of Galveston-Houston

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_ 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 por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños. Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de 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 su sigla en inglés). La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculina, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculina no es una vacuna contra la tuberculosis. Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

Toda la información obtenida aquí se mantendrá confidencial.

	Sí	No	No se sabe
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: <ul style="list-style-type: none"><li>• su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas?</li><li>• su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas?</li><li>• su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?</li></ul>			
¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas?  Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.			
¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculina recientemente? No\_\_\_ Sí\_\_\_ (si sí, especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? No\_\_\_ Sí\_\_\_ (si sí, especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Firma del Padre

Fecha

\*\*\*\*\*

**Para uso médico solamente.** (Debe ser un médico en práctica en el estado de Texas)

PPD administered No\_\_\_ Yes\_\_\_ If YES: Date administered: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date read: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result of PPD test: \_\_\_\_\_ mm response

If positive, referral to physician No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, name of provider: \_\_\_\_\_

Are any future follow-up visits required? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, please notate in the comments.

Physician comments: \_\_\_\_\_

Physician signature

Print Name

Date