

Evaluación anual de salud y riesgo de tuberculosis

Nombre (Apellido)	(Primer nombre)	(Segundo nombre)	Número de identificación del empleado	Puesto de trabajo	N.º de teléfono laboral/celular	
Domicilio: (calle/número de apartamento)			(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)	N.º de teléfono residencial

1. ¿Cómo describiría su salud en general? Excelente Buena Regular Mala

2. En los últimos 12 meses

- ¿Tuvo alguna enfermedad grave? Sí No
- ¿Tuvo alguna enfermedad infecciosa? Sí No
- ¿Estuvo expuesto a alguna enfermedad contagiosa (como tuberculosis, etc.)? Sí No

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas fue afirmativa, indique la enfermedad o la exposición

3. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento por parte de un proveedor de atención médica? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, descríbala:

4. ¿Hay algún factor que afecte su salud y que podría poner en riesgo a los pacientes, sus familias o sus compañeros de trabajo o que podría interferir con el rendimiento de sus tareas laborales?

(Estos factores incluyen, entre otros, habituación o dependencia al alcohol, depresores, estimulantes, narcóticos u otras sustancias que puedan alterar su conducta).

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, descríbala:

5. ¿Toma habitualmente algún medicamento de venta con receta médica u otro tipo de medicamento?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique el uso, la posología, la frecuencia y el propósito.

continúa al dorso

(El empleado o el voluntario deben completar ambas páginas)

Evaluación anual de riesgo de tuberculosis

1. Desde su última prueba de tuberculosis, ¿ha estado más de 30 días en un país con una tasa alta de tuberculosis (incluidos todos los países excepto Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y los países de Europa septentrional y occidental)?

No Sí, he estado más de 30 días en el extranjero Y no he me he hecho una prueba de tuberculosis desde mi regreso.

2. ¿Está su sistema inmunitario debilitado por algún motivo, incluidos un trasplante de órgano, infección por VIH, tratamiento con inmunosupresores (por ej., antagonistas del factor de necrosis tumoral [TNF] alfa [infiximab, etanercept], esteroides crónicos [prednisona >15 mg/día durante >1 mes])?

No Sí, uno o más de estos puntos son verdaderos en mi caso

3. Desde su última evaluación de tuberculosis, ¿ha estado en contacto estrecho con otra persona con tuberculosis activa?

No Sí, indique fecha y lugar del contacto con la persona con tuberculosis activa:

4. Desde la última evaluación ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas que pueden ser síntomas de tuberculosis?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tos durante 3 o más semanas | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| b. Tos con sangre | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| c. Dificultad persistente para respirar | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| d. Fiebre, escalofríos o sudoración nocturna sin explicación | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| e. Pérdida de peso sin explicación | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| f. Sensación de cansancio y debilidad durante 3 o más semanas sin ningún motivo conocido | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| g. Dolor de pecho sin ningún motivo conocido | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |

Si la respuesta es afirmativa, descríbala:

IMPORTANTE: Si la respuesta fue afirmativa y actualmente tiene alguno de los síntomas que se indican arriba, envíe esta evaluación y notifique de inmediato a Servicios Médicos para Empleados y a su proveedor de atención médica. Si no sabe cómo comunicarse con Servicios Médicos para Empleados, pregunte a su supervisor.

5. ¿Le han diagnosticado infección tuberculosa o tuberculosis, o tuvo un resultado positivo de la prueba cutánea o de sangre de tuberculina?

No Sí, tuve un resultado positivo de la prueba de tuberculina o infección tuberculosa

Complete la "Evaluación de riesgo de tuberculosis para prueba positiva de tuberculina"

Firma del empleado:

Fecha:

Firma de Servicios Médicos:

Fecha:

Comentarios: