

## Cuestionario Médico de Investigación de la Tuberculosis

Paul Christensen, MD Médico Ocupacional del Industrial Medical Group – 805- 922-8282

### Sección A – Información del Empleado

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

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de en medio: \_\_\_\_\_

Dirección de su hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Mejor momento para llamarle: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Posición en su trabajo: \_\_\_\_\_

### **Sección B – Las preguntas numeradas 1 a 8 deben ser contestadas por todo empleado al que se le haga la prueba cutánea de TB.**

1. ¿Se le ha hecho una prueba cutánea de TB en el pasado? -----  Si  No
2. Si le fue practicada, ¿Le dijeron que era “positiva” o se le enrojeció o hinchó?-----  Si  No
3. ¿Le ha sido administrada la vacuna BCG (en un país fuera de E.U)?-----  Si  No
4. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido expuestos a la TB activa?-----  Si  No
5. ¿Ha tenido usted una enfermedad viral o recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?-----  Si  No
6. ¿Está siendo tratado por cáncer? -----  Si  No
7. ¿Toma usted actualmente medicamentos esteroideos?-----  Si  No
8. ¿Está embarazada o está amamantando?\*------  Si  No

\*Si está embarazada o amamantando, necesita permiso de su medico personal antes de recibir esta prueba cutánea.