

Formulario de detección de tuberculosis

10A NCAC 09 .0701 (a) (Centros); .1702 (b)(4) y .1729(a)(5) y (b) (Hogares familiares de cuidado infantil)

Este cuestionario debe realizarse a todos los proveedores de cuidado infantil por un profesional de atención médica matriculado antes de entrar en contacto con niños. Los directores, operadores, otros cuidadores, sustitutos y las personas que se ofrecen como voluntarias más de una vez por semana deben ser examinados. Las pruebas deben realizarse únicamente si la persona responde "sí" a una de las preguntas del examen. Tanto el examen como las pruebas están disponibles en el departamento de salud local.

Nota para los profesionales de cuidado de la salud: Un riesgo y examen de síntoma negativos deben considerarse un resultado negativo de la prueba de tuberculosis en dichas personas y no se necesitan más análisis. Un ensayo de liberación de interferón gamma se prefiere antes que una prueba cutánea de tuberculina para las personas con bajo riesgo con una respuesta positiva a los cuestionarios del examen de riesgo o síntoma. (Consulte la página 2)

Apellido (en letra de imprenta clara)	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento

Cuestionario de riesgos de tuberculosis

1) ¿Nació fuera de los EE. UU. en una de las siguientes partes del mundo: África, Asia, América Central, América del Sur o Europa del Este?	SÍ	NO
2) ¿Ha viajado fuera de los EE. UU. y vivido durante más de un mes en una de las siguientes partes del mundo: África, Asia, América Central, América del Sur o Europa del Este?	SÍ	NO
3) ¿Tiene debilitamiento del sistema inmunológico debido a cualquiera de las siguientes afecciones: VIH/SIDA, trasplante de órgano o médula ósea, diabetes, medicamentos inmunosupresores (por ej., prednisona, Remicade), leucemia, linfoma, cáncer de cabeza o cuello, gastrectomía o derivación de yeyuno, una enfermedad renal en etapa final (diálisis) o silicosis?	SÍ	NO
4) ¿Alguna vez hizo algo de lo siguiente: consumió crack, cocaína, se inyectó drogas ilegales, trabajó o residió en la cárcel o prisión, trabajó o residió en un refugio para personas sin hogar o trabajó como un trabajador de la salud en contacto directo con los pacientes?	SÍ	NO
5) ¿Alguna vez ha estado expuesto a alguien con tuberculosis infecciosa?	SÍ	NO

Cuestionario de síntomas de tuberculosis

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?		
1) ¿Tos inexplicable que dura más de 3 semanas?	SÍ	NO
2) ¿Fiebre inexplicable que dura más de 3 semanas?	SÍ	NO
3) ¿Sudores por la noche (sudoración que deja húmedas la ropa de cama y sábanas)?	SÍ	NO
4) ¿Dificultad para respirar?	SÍ	NO
5) ¿Dolor en el tórax?	SÍ	NO
6) ¿Pérdida de peso involuntaria?	SÍ	NO
7) ¿Fatiga inexplicable (muy cansado por ningún motivo especial)?	SÍ	NO

La anterior declaración de salud es precisa a mi leal saber y entender. Me comunicaré con mi profesional de cuidado de la salud o el departamento de salud si mi estado de salud cambia.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Examen administrado por profesional de atención médica autorizado:

Nombre y ubicación en letra de imprenta:	
Firma:	Fecha:

*Esta información debe incluirse en el archivo médico del operador o miembro del personal, que se debe mantener por separado del archivo de personal individual del operador o miembro del personal que está en el sitio.

Actualizado Diciembre 2022

Visite el NC Child Care Health and Safety Resource Center para obtener la versión más actualizada

<https://healthychildcare.unc.edu/>

©2016 The University of North Carolina at Chapel Hill. All rights reserved.

Formulario de prueba de tuberculosis

10A NCAC 09 .0701 (a) (Centros); .1702 (b)(4) y .1729(a)(5) y (b) (Hogares familiares de cuidado infantil)

Registro de prueba de tuberculosis

Apellido (en letra de imprenta clara)	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento

Tipo de prueba:

Tuberculina

Fecha en que se administró	
Fecha de lectura	
Resultados	Lectura MM: _____ <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva

Ensayo de liberación de interferón gamma

Fecha	
Resultados	

Comentarios:

Firma del profesional de la salud autorizado	Fecha	Ubicación

*Esta información debe incluirse en el archivo médico del operador o miembro del personal, que se debe mantener por separado del archivo de personal individual del operador o miembro del personal que está en el sitio.

Actualizado Diciembre 2022

Visite el NC Child Care Health and Safety Resource Center para obtener la versión más actualizada

<https://healthychildcare.unc.edu/>

©2016 The University of North Carolina at Chapel Hill. All rights reserved.