

# Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

## Cuestionario de tuberculosis (TB) para niños

Nombre del niño o niña \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Organización que administra el cuestionario \_\_\_\_\_ 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 tuberculosis es prevenible y curable.** La prueba tuberculínica, 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 en los Estados Unidos. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

### Necesitamos su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto(a) a la tuberculosis.

Coloque una marca en el cuadro correspondiente	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. <b>¿Es de su conocimiento si su niño o niña:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas?</li> <li>• ha tenido algunos de estos síntomas o problemas?</li> <li>• 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, Africa, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, 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 tuberculínica recientemente?  Sí (especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  No

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

¿Su niño o niña alguna vez tuvo un análisis de sangre de tuberculosis positivo?  Sí (especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  No

### Solamente para uso de la escuela o del proveedor de servicios médicos

\*\*\*\*\*

PPD / IGRA administrada (círculo uno)

Fecha en que fue administrada: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de lectura (si PPD): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado de la prueba PPD: \_\_\_ mm

Resultado de la prueba de sangre, IGRA:  Positivo  Negativo  Indeterminado / Inválido

Tipo de proveedor de servicio (ej. escuela, Health Steps, otras clínicas): \_\_\_\_\_

Proveedor de PPD / IGRA: \_\_\_\_\_

firma

nombre en letra de molde (imprenta)

Número de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Si resultó positivo, ¿se refirió al proveedor de servicios de salud?  Sí  No

Si sí, nombre del proveedor (médico o clínica): \_\_\_\_\_