|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  Fecha de Referencia |       |

*Nota: todas las fechas deben estar en el formato mes, día, año*

|  |
| --- |
| El Programa de TB Binacional fue establecido por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. La meta de este programa es reducir la tasa y la transmisión de tuberculosis en la región fronteriza de Texas y México. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Completo del Paciente** | **Fecha de Nacimiento**  | **Sexo** |
|       |  |       |  | [ ]  M [ ]  F |
| **Dirección residencial, cuidad, estado, código postal** |
|       |
| **Teléfono** |
| Casa: |       | Trabajo: |       |
| Celular: |       | Otro: |       |

|  |
| --- |
| Para ser ingresado al programa binacional, el paciente debe contar con al menos uno de los siguientes criterios. Seleccione los criterios de calificación adecuados para el paciente. |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Vive en México y tiene parientes en los Estados Unidos |
| [ ]  | Tiene residencia en México y los Estados Unidos |
| [ ]  | Tiene contactos en ambos lados de la frontera, en Estados Unidos y en México |
| [ ]  | Inició tratamiento en los Estados Unidos y regresó a México o viceversa |
| [ ]  | Se refirió de los Estados Unidos para tratamiento o seguimiento en México |

**Motivo de Referencia**

[ ]  Caso [ ]  Asociado [ ]  Contacto [ ]  TB Latente [ ]  Sospechoso [ ]  Otro:

|  |
| --- |
| **Jurisdicción de Referencia** |
| Nombre del Programa/Clínica | Teléfono | Fax |
|       |  |       |  |       |
| Personal Refiriendo |
|       |
| Cuidad, Estado |
|       |
| Correo Electrónico |
|       |
| **Nombre del paciente** |  | **FDN** |  |

**Información del paciente** (**\***adjunte todos los resultados correspondientes y el *Estudio Epidemiológico* si está disponible)

|  |  |
| --- | --- |
| **Tratamiento** | **Radiografía\*** |
| ¿En medicamentos antituberculosos? [ ]  Sí [ ]  No | Fecha de realización:       |
| Fecha de inicio:       | [ ]  Normal [ ]  Anormal [ ]  No se realizó |
| Fecha de interrupción:       | Comentarios:       |
| [ ]  doTBal intensivo [ ]  doTBal sostén | **IGRA/TST\* (prueba de tuberculina)** |
| [ ]  Otro (especifique):       | [ ]  IGRA |
| **Baciloscopía (AFB/BAAR)\*** | [ ]  TSpot [ ]  QFT Gold Plus |
| Tipo de muestra: [ ]  Esputo [ ]  Orina [ ]  Biopsia | Fecha de colección:       |
|  [ ]  Lavado Bronquial [ ]  Otro | Resultado: [ ]  Negativo |
| Fecha de colección:       |  [ ]  Positivo |
| [ ]  Negativo [ ]  Positivo [ ]  Pendiente [ ]  No se realizó |  [ ]  Otro:       |
| ¿Infeccioso? [ ]  Sí [ ]  No | [ ]  TSTFecha administrada:       |
| ¿Fecha que completó aislamiento?       | Fecha de lectura:       |
| **Síntomas de TB** | Resultado: | [ ]  Negativo |       | mm |
| [ ]  Sí [ ]  No Fecha inicial:       |  | [ ]  Positivo |       | mm |
| [ ]  Tos intensa que dura 3 semanas o más | **VIH\*** |
| [ ]  Tos o flema con sangre | ¿VIH colectado? [ ]  Sí [ ]  No |
| [ ]  Debilidad o fatiga | Resultado: |
| [ ]  Dolor en el pecho | [ ]  Negativo |
| [ ]  Pérdida de peso | [ ]  Positivo (adjunte nivel de CD4 o carga viral\*) |
| [ ]  Falta de apetito |
| [ ]  Escalofríos |
| [ ]  Fiebre |
| [ ]  Sudores nocturnos |
| [ ]  Otro:       |

|  |
| --- |
|       |

 **Comentarios**

|  |
| --- |
| **Respuesta del DSHS Programa Binacional** |
| [ ]  Aceptar |
| [ ]  Negar: razón (especifique):       |