

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CUESTIONARIO EVALUATORIO INFANTIL SOBRE TUBERCULOSIS

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por padres/guardianes de pacientes elegibles para CHDP, **CADA** vez que sea necesario.

1, Ha recibido su niño(a) un resultado positivo del examen de tuberculosis?

Si No Fecha: _____

2. Nació su niño(a) fuera de los Estados Unidos?

Si No

3. Hay alguien en el hogar de su niño(a) que tiene problemas de enfermedades crónicas?

Si No

4. Ha vivido su niño(a) con alguien que estuvo en la cárcel en los últimos 5 años?

Si No

5. Ha vivido su niño(a) con personas sin hogar, ha sido expuesto frecuentemente a trabajadores del camp, personas que usan drogas ilegales o que residen en casas de convalecencia?

Si No

6. Tiene usted familiares provenientes de África, Asia, o Latino América viviendo en su hogar?

Si No

FECHA:

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN:

Evaluación Repetido

Cambio

No Cambio

Comentarios: _____
