

Nombre del Paciente: _____
 FDN: _____

CUESTIONARIO DE LA TUBERCULOSIS (TB)	Si	No	No se
1. Su hijo/a a sido expuesto/a a alguien que tenga o sospeche que tenga tuberculosis?			
2. A estado su hijo/a expuesto a algun miembro de la familia o a un amigo cercano que ha estado encardelado los ultimos cinco años?			
3. Su hijo/a a emigrado de Asia, Medio Oeste, Africa, o Latino America?			
4. A viajado su hijo/a ha recientemente a Asia, Medio Oeste, Africa, o Latino America?			
5. Tiene su hijo/a SIDA o vive con alguien que tenga SIDA?			
6. A estado su hijo/a expuesto a alguien con SIDA residente desamparado, que viva en un asilo, o adultos encarcelados, o trabajadores imigrantes de granja?			
7. A usted (padres) emigrado (con estado positive de TB) de Asia, Africa, Medio Oriente, o Latino America, viaja usted a estas areas o tiene contacto en su casa con personas de estas areas (con estado positive de TB)?			
8. Vive su hijo/a en una area que usted sabe que sea de alto predomino de tuberculosis?			
9. Vive este niño/a en un código postal de alto riesgo? (Código de alto riesgo-LAKE: 60040, MCHENRY: 60034, Todos los Códigos de Chicago)			