De:

Llenado por:

Fecha:

Programa CURE-TB
Forma para Referencia

Para: PROGRAMA CURE-TB
P.O. Box 85222 MS P511D
San Diego, CA 92186-5222
Tel. 001-800-789-1751
Fax: 619-692-8020

Nombre del Paciente: _____
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre

Sexo: ❒ Masc. ❒ Fem. **Fecha de nac.**:_____

Caso: ❒ Verificado ❒ Sospechoso

Sitio primario de enf.: ❒ Pulmonar ❒ Otro:_____

Tipo de Servicio de Referencia:
❒ Caso referido
❒ Estudio de Contacto(s) (Especifique en Comentarios)
❒ Solicitud de Información (Especifique en Comentarios)
❒ Otro (Especifique):_____

Domicilio del Paciente en México:
_____
Calle, Número y Colonia o Fraccionamiento
_____
Ciiudad, Estado, Código Postal

Teléfono:_____

Localización del teléfono:_____
Casa del Paciente o de un Familiar, Otra (Especifique)

Médico que le atiende en México:
Nombre:_____

Teléfono:_____

Domicilio del Paciente en E.U. o Contacto de Emergencia en E.U.:
_____
Nñmero, Calle y Departamento (Interior)
_____
Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono:_____

Localización del teléfono:_____
Casa del Paciente o de un Familiar, Otra (Especifique)

Médico que le atiende en E.U.:
Nombre:_____

Teléfono:_____

Información Clínica

Bacteriología					Radiografía de Tórax		Resultado del PPD	
Fecha	**Tipo de Muestra**	**Baciloscopía**	**Cultivo**	**Sensibilidad**	**Fecha**	**Resultado**	**Fecha**	**mm**

Antecedente de BCG: ❒ Sí, Año_____ ❒No ❒ Se desconoce

Síntomas: ❒ Tos ❒ Hemoptisis ❒ Fiebre ❒ Pérdida de Peso ❒ Sudoración Nocturna ❒ Otro:_____

Medicamentos

	Dosis/ Frecuencia	**Fecha en que inicia**	**Fecha en que termina**
INH			
PZA			
RIF			
EMB			
Rifinah			
Rifater			
Feha planeada para alta:			

¿Se reportó como caso activo? ❒ Sí ❒ No
¿A cuál Jurisdicción?:_____
Año en que se reportó:_____ #de Registro:_____

Comentarios:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Opcional

País de Origen:_____
Estado de Origen si proviene de México:_____
Estado de residencia en Mex. Antes de llegar a E. U._____
Año de llegada a E.U. :_____

Ocupación actual:_____
Frecuencia con que visita E.U.:
❒ Diario ❒ Mensual ❒ Una vez cada cuantos años
❒ Semanal ❒ Anual ❒ Otra:_____

Instrucciones para el llenado:

1. **De**: Nombre completo, número(s) de teléfono, domicilio(s) y fecha en que se inició la referencia.

2. **Nombre del Paciente**: Es importante anotar ambos apellidos, de ser posible.

3. **Domicilio del Paciente en México**: Sea específico y detallado con respecto al domicilio del paciente. Incluya el nombre de la colonia o fraccionamiento, así como el nombre de la calle y el número.

4. **Domicilio del Paciente en E.U.**: Llene tan completamente como sea posible.

5. **Información Clínica**: Llene tan completamente como sea posible. Si el resultado de exámenes de laboratorio no es el final, por favor envíelo cuando lo sea. Anote claramente los resulatdos de pruebas de sensibilidad y las fechas de toma de la muestra. Si los resultados de sensibilidad no son finales, por favor envíe la información cuando ésta esté disponible. (Puede agregar los resultados directamente).

6. **Medicamentos**: Liste todos los medicamentos antifímicos así como otros medicamentos que afectan el tratamiento antituberculoso.

7. **País de Origen**: Información Opcional. Esta información ayudará en la recopilación de datos sobre los patrones de movimiento de los pacientes con tuberculosis entre México y Estados Unidos.