

Ponderosa Pediatrics - Tb Questionnaire (Ages 7-18)

Today's Date: _____

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Please answer the following questions to help us determine if your child needs a special test for tuberculosis.

1. TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. As far as you know:

- has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? or has your child had any of these symptoms or problems? or has your child been around anyone sick with TB?

YES___ NO___ Don't Know___

2. Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia?

YES___ NO___ Don't Know___

3. Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks?

YES___ NO___ Don't Know___

If so, specify which country/countries? _____

4. To your knowledge has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?

YES___ NO___ Don't Know___

Has your child been tested for TB? YES___(specify date_____) NO___

Has your child ever had a positive TB skin Test?
NO___ YES___(specify date_____)

Please initial for each time questionnaire is reviewed.

Date	Initials

Date	Initials

Date	Initials

Ponderosa Pediatrics - Tb Questionnaire - Años 7-18

Fecha: _____

Paciente Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas para determinar si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

1. 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. ¿Es de su conocimiento si: su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis? SÍ _____ NO _____ NO SEPA _____

2. ¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia? SÍ _____ NO _____ NO SEPA _____

3. ¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas? SÍ _____ NO _____ NO SEPA _____

Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.

4. ¿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? SÍ _____ NO _____ NO SEPA _____

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculínica recientemente?

Sí _____ (si sí, especifique la fecha ____/____) No _____

¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina?

Sí _____ (si sí, especifique la fecha ____/____) No _____

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

Por favor inicial cada vez que se revisa el cuestionario.

Fecha	Iniciales

Fecha	Iniciales

Fecha	Iniciales