



### Reporte de Examen de Tuberculosis

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Escuela/Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ ID# Estudiante/Empleado: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha tenido resultados positivos en un examen de tuberculosis?  No  Si

**LA SIGUIENTE SECCION SERA LLENADA POR PERSONAL MEDICO:**

#### TB Test: Administration and Results

Date	Time	Site	Test Type (check one)	Provider Signature/Affiliation
			<input type="checkbox"/> Mantoux <input type="checkbox"/> Tine/Aplitest <input type="checkbox"/> Mono-Vac	

Results of TB TEST  
 (Deberá ser leído por una Enfermera Registrada 48-72 horas después de la inyección)

Date	Time	Result	Provider Signature/Affiliation

Si el resultado es positivo, el personal de esta clínica pondrá sus iniciales en esta caja para certificar que el/la paciente fue referido(a) a la Clínica de Tuberculosis del Condado de Maricopa:

Certificamos que el/la paciente \_\_\_\_\_ ha recibido la información necesaria acerca del resultado positivo de su examen de tuberculosis y sobre el siguiente paso a seguir. Es responsabilidad de el/la paciente el buscar cuidado médico y proveer la documentación necesaria por escrito al CARE Center acerca de los resultados de exámenes adicionales. También es responsabilidad del paciente el notificar a su escuela y/o a su empleador.

Nombre del Paciente (letra molde)	Firma	Fecha
Nombre del Proveedor y Titulo	Firma	Fecha



# Consentimiento para Compartir Información - Examen de Tuberculosis

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al Chandler CARE Center a dar a conocer los resultados del examen de Tuberculosis que se le realizo a: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ en esta misma ubicación. Los resultados de este examen pueden ser compartidos con los siguientes:

Nombre del Paciente

- Escuela/Empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

(Si asiste a una escuela en el Distrito Escolar Unificado de Chandler, esta información será compartida directamente con la enfermería de la escuela.)

- Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Clínica/Oficina: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

- Otro Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

También autorizo a Chandler CARE Center a recibir/pedir información acerca de los resultados de exámenes adicionales de TB y/o tratamiento proveído por:

- Maricopa County Tuberculosis Control & Prevention  
 1645 E. Roosevelt St.  
 Phoenix, AZ 85006  
 Telephone: 602.506.TBTB (8282) Fax: 602.506.1970
- Medical Provider Name: \_\_\_\_\_  
 Clinic/Office Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por mi firma en este documento autorizo el compartir mi información. Esta autorización permanecerá en efecto por 12 meses a partir de la fecha en la que fue firmada. Entiendo que un resultado positivo de Tuberculosis requiere el tomarme una radiografía de pecho, en ocasiones, exámenes adicionales pueden ser necesarios y tendrán que ser cubiertos por el/la paciente. Por ley, la Tuberculosis es una enfermedad que tiene que ser reportada y los hospitales y proveedores médicos privados están obligados a notificar cualquier caso de Tuberculosis al Departamento de Salud Pública. Por lo tanto, los resultados positivos de Tuberculosis son reportados por el Chandler CARE Center al Centro de Control & Prevención de Tuberculosis del Condado de Maricopa. Entiendo que al firmar este acuerdo estoy aceptando mi responsabilidad de hacerme otras evaluaciones y buscar tratamiento médico como me lo indicó el personal de Chandler CARE Center y que también tengo que mostrar documentación de dichos exámenes o tratamiento médico al Chandler CARE Center. Si el/la paciente mencionado(a) en este acuerdo es un estudiante, los resultados positivos de los exámenes adicionales proveídos por otro profesional de la salud DEBERAN ser reportados a la escuela a la que este paciente asiste.

Nombre del Paciente (letra molde)

Firma

Fecha