



Four Corners Primary Care Center  
5030 Georgia Belle Court  
Norcross, Georgia 30093

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NO. PACIENTE \_\_\_\_\_

### Evaluacion de Riesgo de Tuberculosis

Marque Si o No

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Esta' el nino/a en contacto cercano con una persona enferma o que tenga tuberculosis?  | Yes | No |
| 2. Tiene el nino/a o esta en riesgo de contraer SIDA?   | Yes | No |
| 3. El nino/a o los padres nacieron fuera de los Estrados Unidos?  | Yes | No |
| 4. Esta el nino/a expuesto a una persona que esta en la carcel o que ha estado en la carcel en los ultimos cinco anos?  | Yes | No |
| 5. Esta el nino/a expuesto a una persona que tenga SIDA, que viva en la calle o que vive en en un Asilo de Ancianos?  | Yes | No |
| 6. Esta el nino/a expuesto a un drogadicto o migrantes que trabajan en el campo?  | Yes | No |
| 7. Tien el nino/a un problema de salud que le baje su sistema de inmunidad?   | Yes | No |
| 8. Vive el nino/a en una comunidad de alto riesgo con la Tuberculosis?  | Yes | No |
| 9. Desde su ultima visita ha viajado el nino/a o ha tenido una visita de un pais extranjero?  | Yes | No |
| 10. Tiene el nino/a algun sintoma de Tuberculosis (tos, fiebre, sudores en la noche, perdida de apetito, perdida de peso, o fatiga) o ha tenido Rayos X del pecho con un resultado anormal? | Yes | No |