

Lleve este registro con usted

- * **Mantenga este registro actualizado.** Funcionará como un registro de su estado de tuberculosis (TB).
- * **Controle con su médico o enfermero de salud pública** si tiene algún signo de TB activa, como tos prolongada, debilidad, cansancio, fiebre, pérdida de peso o tos con sangre.
- * **Asegúrese de tener sus vacunas actualizadas** cuando vaya a una consulta con su proveedor de atención médica.

Nombre del local or Tribal health department
(departamento de salud local o tribal, LTHD):

Número de teléfono: _____

La ley estatal requiere que todos los casos confirmados y sospechosos de TB sean informados al LTHD y al Programa de TB de Wisconsin. Esta tarjeta para billetera es para quienes reciben evaluaciones por la TB y Latent TB Infection (infección latente por tuberculosis, LTBI).

Información de contacto

608-261-6319

DHSWITBProgram@dhs.wisconsin.gov

P-03429S (04/2023)



Wisconsin Registro de tuberculosis

(Wisconsin Tuberculosis Record)



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado de TB: Activa Infechado No infectado

Fecha en que se establece el estado de TB: _____

IGRA resultado: _____ Fecha: _____

QFT Tspot

Primer resultado de TST: _____ mm

Induración: Positiva Negativa

Fecha en que se entrega: _____ Fecha en que se lee: _____

Segundo resultado de TST: _____ mm

Induración: Positiva Negativa

Fecha en que se entrega: _____ Fecha en que se lee: _____

Ubicación y fecha de radiografía de tórax: _____

Resultados: _____

Tratamiento

Régimen: 3HP 4R 6-9INH 3HR

6-9 RIPE Otro: _____

Fecha en que comenzó: _____ Fecha en que se completó: _____

Médico: _____

Nombre y dirección del enfermero de salud pública para información adicional: _____

Firma del enfermero de salud pública: _____

Comentarios: _____

