

CUESTIONARIO DE LA TUBERCULOSIS

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
---	---------------------	-------

1. ¿Ha tenido usted Tuberculosis? Sí No
2. ¿Ha estado viviendo con alguien que ha sido diagnosticado con Tuberculosis en los últimos 2 años? Sí No
3. ¿Ha tenido tos persistente y fiebre por más de 2 semanas? Sí No
4. ¿Ha tenido tos persistente y sudores nocturnos por más de 2 semanas? Sí No
5. ¿Ha tenido tos persistente y falta de apetito por más de 2 semanas? Sí No
6. ¿Ha estado tosiendo o escupiendo flema (saliva) con sangre? Sí No