

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

Name: _____ DOB: | | |
TST _____ mm induration Date Read: | | |
QFT Pos Neg Indeterminate Date: | | |
Chest X-Ray Date: | | | Normal Abnormal (Stable)
Treatment Completed: Yes No (Contact Provider)
Name of Drug(s): _____
Started: | | | Stopped: | | | # Mos: _____
Provider Name: _____
Signature: _____ Phone: (_____)

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627

REGISTRO DE SU PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO

- Siempre lleve esta tarjeta en su billetera
- Muéstresela al médico así no volverán a hacerle la prueba ni a darle tratamiento
- Llame a su médico si tiene algún signo o síntoma de la enfermedad tuberculosa durante 2 o más semanas:
 - Tos
 - Sentir debilidad y cansancio
 - Dolor en el pecho
 - Fiebre y escalofríos
 - Toser sangre
 - Sudar en la noche
 - Perder peso sin proponérselo

¿Le ha resultado útil esta tarjeta? Llame al 1-800-482-3627