

Evaluación del Riesgo de tuberculosis (TB) Pediátrica

Por favor seleccione **Sí** o **No** para cada una de las siguientes preguntas para ayudar al pediatra de su hijo o hija:

¿Tiene su hijo algún síntoma de TB (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de apetito, pérdida de peso, menos juguetón o energético, muestra signos de estar más cansado de lo normal)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha pasado tiempo con alguien enfermo de TB?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En los últimos 12 meses, ¿su hijo ha vivido o pasado mucho tiempo con alguien con tos persistente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha tenido su hijo una radiografía de pecho en el último año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
La TB es más común en países de Asia, el Medio Oriente, África, Latinoamérica, Europa del Este y la antigua Unión Soviética.		
¿Usted o su hijo nacieron en un país que se encuentra en un área mencionada anteriormente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En los últimos 2 años, ¿usted o su hijo han viajado a un país que se encuentra en un área mencionada anteriormente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿usted o su hijo pasaron la mayor parte del tiempo con familiares y amigos u otras personas de la comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En los últimos 2 años, ¿ha recibido visitas de fuera de los EE. UU. en su hogar durante al menos 14 días? En caso afirmativo, escriba de qué país visitaron: _____	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene infección por VIH?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene diabetes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene una enfermedad renal grave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha sido diagnosticado con un sistema inmunológico débil? En caso afirmativo, ¿su hijo está tomando medicamentos para esto?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> No
¿Está su hijo tomando medicamentos para el síndrome nefrótico (un trastorno renal), la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o condiciones similares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En este momento, ¿su hijo está tomando esteroides o ha tomado esteroides durante 2 semanas o más?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha tenido un trasplante de órgano?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No