

CureTB

Notificación Binacional

Teléfono: 001-800-789-1751

¹Jurisdicción que refiere: _____ ¹Fecha de envío: _____
 Ciudad Condado/Municipio Estado
¹Persona que refiere: _____ ¹Teléfono: _____ Ext. _____ Fax: _____
 Entidad que refiere: _____ Correo Electrónico: _____
 Al momento de la referencia el paciente estaba en: _____ Teléfono: _____

☐ Caso confirmado: ☐ No. de registro: _____ ☐ No reportado ☐ Solicitud de Historia Clínica (especifique año): _____
☐ Caso sospechoso ☐ Immunocomprometido (especifique): _____

Información del caso índice para: ☐ Contactos en el Hogar (CN-47Hs) ☐ Contactos en Tránsito (CN-47Ms) ☐ Búsqueda de caso índice

Paciente
¹Nombre del paciente: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
 Apellido paterno Apellido materno Nombre
 Alias: _____ Fecha de nacimiento: _____

Info. en Mexico / America Central
 Domicilio: _____
 Calle Número/ Apt.
 Ciudad, Municipio/Condado, Estado Código Postal Teléfono: _____
 Contacto de emergencia: Nombre: _____ País: _____
 Parentesco: _____ Teléfono: _____

Info. en E.U.
 Domicilio: _____
 Calle Número/ Apt.
 Ciudad, Municipio/Condado, Estado Código Postal Teléfono: _____
 Contacto de emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____

Información para: ☐ este caso confirmado/sospechoso ☐ caso índice para investigación de contacto(s) ☐ no aplicable
 Localización(es) de la enfermedad: ☐ Pulmonar ☐ Otra (s) especifique: _____

² Fecha de recolección	² Tipo de muestra	² Baciloscopia	² Cultivo	² Susceptibilidad	² Radiología	² Otros exámenes/ resultados

☐ HIV ☐ Diabetes ☐ Asintomático ☐ Síntomas especifique: _____

Medicamentos	¹ Para: ☐ caso confirmado/sospechoso ☐ No inició tratamiento				Comentarios: Fecha probable de traslado : _____ a _____ Se dió medicamento para _____ días .
	Medicamento	Dosis	Fecha de inicio	Fecha de suspensión	

- Campos a llenar para iniciar la referencia. Al menos una dirección y/o teléfono es esencial para localizar al paciente al salir del país.
- Cuando sea posible incluya los reportes oficiales de Rayos Xs y de laboratorio junto con la referencia. Si el paciente es BAAR (-) por favor describa los resultados de Rayos Xs.

County of San Diego
 Health and Human Service Agency
 Public Health Services • TB Control
 E-Mail: curetb.hhsa@sdcounty.ca.gov

