

CureTB

Notificación de Contactos en Tránsito para su Seguimiento

Fecha: _____

Referido por: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Caso Índice: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Período Infeccioso del Caso Índice: _____ a _____ Entidad que Refiere: _____

Nombre del Contacto: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco con el caso: _____ Fecha en que se espera trasladar _____ a _____

Factor de Riesgo: *Niño ≤ 5 años VIH/SIDA Inmunocomprometido

Domicilio del contacto: _____

Calle Número

Ciudad/Estado/ País Código Postal

*Nombre de adulto encargado: _____

Teléfono: _____

Comentario: _____

PPD	
Fecha	Resultado

Tratamiento Actual		
Medicamento	Inicia	Termina

Nombre del Contacto: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco con el caso: _____ Fecha en que se espera trasladar _____ a _____

Factor de Riesgo: *Niño ≤ 5 años VIH/SIDA Inmunocomprometido

Domicilio del contacto: _____

Calle Número

Ciudad/Estado/ País Código Postal

*Nombre de adulto encargado: _____

Teléfono: _____

Comentario: _____

PPD	
Fecha	Resultado

Tratamiento Actual		
Medicamento	Inicia	Termina

Nombre del Contacto: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco con el caso: _____ Fecha en que se espera trasladar _____ a _____

Factor de Riesgo: *Niño ≤ 5 años VIH/SIDA Inmunocomprometido

Domicilio del contacto: _____

Calle Número

Ciudad/Estado/ País Código Postal

*Nombre de adulto encargado: _____

Teléfono: _____

Comentario: _____

PPD	
Fecha	Resultado

Tratamiento Actual		
Medicamento	Inicia	Termina

Condado de San Diego
 Servicios de Salud Pública
 Programa para el Control de Tuberculosis
 Tel. 001-800-7-89-17-51
 Correo Electrónico: curetb.hhsa@sdcounty.ca.gov

