



# PEDIATRIC TUBERCULOSIS ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

The following questions are to be answered by a parent/guardians of children at each periodic well-health assessment.

Name of Child: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

QUESTIONS	DATE									
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
1. Was your child born in a high risk region?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Has your child ever traveled to a high risk country for more than 1 week?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Has a family member or contact had Tuberculosis disease?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Has a family member or a close contact had a positive Tuberculin skin test?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>High Risk Regions Include: Africa, Asia, Central America, South America, or Eastern Europe.</b>										
Information Reviewed: (Provider Initials)										

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_



# CUESTIONARIO DE EVALUCIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA

Una herramienta de detección de tuberculosis para proveedores

Las siguientes preguntas están diseñadas para determinar si se indica una prueba cutánea de la tuberculina (tuberculin skin test, TST) o un ensayo de liberación de interferón gamma (Interferon Release Assay, IGRA) para su paciente pediátrico. De acuerdo con las normativas recientes del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC) se prefiere una TST para un niño menor de 5 años de edad. Si el niño tiene más de 5 años en el extranjero, entonces se prefiere un IGRA.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_

Preguntas	Fecha									
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
1. ¿Su hijo nació en un país de alto riesgo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Su hijo ha viajado a un país de alto riesgo* durante más de 1 semana?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en un TST o un IGRA ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

\* País de alto riesgo: cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte.

**Si se respondió "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, entonces debe realizarse una prueba TST o IGRA.**

**Nota:**

Si el niño que se está evaluando ya fue analizado previamente, tuvo un resultado negativo documentado en el TST o IGRA y no tiene ningún factor de riesgo nuevo desde la última evaluación, entonces no necesita ser analizado nuevamente.

<b>Información Revisada por: (Iniciales Del Médico Proveedor)</b>										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--