

### INFORME DE EVALUACIÓN PARA DESCARTAR TUBERCULOSIS

(Los alumnos que han vivido en un país que aparece en la lista del Anexo II: Lista de Países con Alta Incidencia de TB de la Organización Mundial de la Salud)

FECHA \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Prueba cutánea de tuberculina (TST)      O      Análisis de sangre Quantiferon TB Gold (QFT)

Fecha en que se tomó: \_\_\_\_\_ Fecha en que se leyó el resultado: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_ mm    \_\_\_\_\_ Negativo    \_\_\_\_\_ Positivo

Ensayo de Liberación de Interferón Gamma (IGRA) Examen alternativo a la prueba cutánea de tuberculosis (TST)

Fecha en que se tomó: \_\_\_\_\_ Hora en que se tomó: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_ Negativo    \_\_\_\_\_ Positivo    \_\_\_\_\_ Indeterminado    \_\_\_\_\_ En el límite

Resultado de la radiografía del tórax

Fecha de la radiografía: \_\_\_\_\_ Fecha de la prueba cutánea positiva/IGRA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ No evidencia de tuberculosis activa

\_\_\_\_ Radiografía del tórax anormal, descartar tuberculosis activa

Basado en este informe:

\_\_\_\_ La persona en mención no tiene síntomas compatibles con la tuberculosis activa.  
La persona está libre de tuberculosis contagiosa.

\_\_\_\_ No se puede descartar que la persona en mención tenga tuberculosis. Se le ha informado a la persona que tiene que ir donde un médico o a un departamento de salud para que se le hagan otras evaluaciones.

Firma \_\_\_\_\_  
(Médico o funcionario del Departamento de Salud)

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_