

DATE:

NAME: MRN#
---------------

Adult Tuberculosis Risk Assessment

1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento o ha tenido tuberculosis?      SI      NO  
 \* Cual año? \_\_\_\_\_
2. ¿Nació fuera de los Estados Unidos?      SI      NO  
 \* Que país? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos?      SI      NO  
 \* Que país? \_\_\_\_\_
4. ¿Piensa que usted ha sido expuesto a alguna persona con Tuberculosis?      SI      NO  
 \* Relación? \_\_\_\_\_
5. ¿Usted tiene contacto con una persona que ha tenido una prueba de piel o sangre positiva de Tuberculosis?      SI      NO  
 \* Relación? \_\_\_\_\_

Adult Immunizations

¿Ha recibido alguna de las siguiente vacunas?

- PCV-13 – neumocócica conjugada      SI      NO      NO SE  
 Cuando?: \_\_\_\_\_
- PPV -23 – neumocócica polisacarida      SI      NO      NO SE  
 Cuando?: \_\_\_\_\_
- Zostavax - Vacuna contra la culebrilla      SI      NO      NO SE  
 Cuando?: \_\_\_\_\_
- T-dap- Whooping cough/Tos ferina      SI      NO      NO SE  
 Cuando?: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*SEND TO BE SCANNED\*\*\*\*\*

For office use only	
MA Signature: _____	Date: _____
Provider Signature: _____	Date: _____