



Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada

Consentimiento Informado Para Examen De Tuberculosis

☐ CREDIT AUTH# _____
☐ VOUCHER ☐ BH
☐ CASH CHECK# _____
Años: _____ Sexo: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Código Postal: _____ Tel: _____

“El examen de Tuberculina es un examen cutáneo que diagnostica si alguna vez el virus de tuberculosis ha entrado a su cuerpo. Una gota de líquido (un derivado purificado de proteína) le es inyectada en la capa superior de la piel (generalmente en el antebrazo). No hay nada en el líquido que le dará la TB. El examen de tuberculosis es recomendable durante el embarazo.”

- 1.Cuál es la razón por la cuál está usted recibiendo la prueba de la tuberculina hoy? _____
- Si No
☐ ☐ 2. Puede regresar para que le demos el resultado del examen?
☐ ☐ 3. Algúna vez se ha hecho la prueba de la tuberculosis? Cuándo? _____
☐ ☐ 4. Algúna vez ha usted tenido reacción significativa a la prueba de tuberculosis después de 48 a 72 horas?
Cuándo? _____ Describa: _____
☐ ☐ 5. Algúna vez ha usted tenido reacción inmediata (entre 6-12 horas) después de la prueba de tuberculosis?
☐ ☐ 6. Alguna vez lo han canalizado a que se haga rayos X después de un examen de tuberculosis?
☐ ☐ 7. Algúna vez ha usted tomado medicina para la tuberculosis? Cuándo? _____
☐ ☐ 8. Nació fuera de USA? Dónde? _____ Cuándo llegó a USA? _____
☐ ☐ 9. Tiene usted algún problema de salud que podría impedir la habilidad para combatir infecciones? (por ejemplo: cáncer, sida, diabetes, lupus, problema de riñones)
☐ ☐ 10. Está usted tomando cortisone, prednisone, o algún otro esteroide o algún tratamiento para el cáncer?
☐ ☐ 11. Ha usted tenido alguna infección en el mes pasado? Qué tipo? _____
☐ ☐ 12. Algúna vez ha usted recibido la vacuna BCG (anti- tuberculina)? Cuándo? _____
☐ ☐ 13. Le han puesto alguna de estas vacunas en el transcurso del mes pasado?
Sarampión, paperas y rubeola (MMR) _____ Varicela(chickenpox) _____
Viruela(smallpox) _____ Influenza (por la nariz) _____
☐ ☐ 14. Ha tenido los siguientes síntomas? Tos congestionada o tos que ya duró más de 3 semanas _____
Tos con sangre _____ Sudores nocturnos _____ Pérdida de peso inexplicable _____
☐ ☐ 15. Tiene historial de usar drogas intravenosas, no tener casa donde vivir, ha estado en la cárcel, ha compartido vivienda con un grupo de gente, o vivido fuera de los Estados Unidos?

Los siguientes datos demográficos es requerido por NCPHD que es confidencial y nos permite ofrecer servicios de calidad.

Elija uno:	Elija uno:	Seleccione una o más:		Elija uno:
El seguro	Grupo Etnico	La Raza		El idioma
Medi-Cal o Medi-Cal	☐ Hispano	☐ Asiática	☐ Nativo de Alaska	☐ Inglés
Managed Care	☐ No-Hispanos	☐ Negro	☐ American Indian	☐ Español
☐ Si	☐ Desconocido	☐ Blanco	☐ Nativo de Hawái	☐ Indio (incluye Indi y Tamil)
☐ No		☐ Desconocido	☐ Islas del Pacífico	☐ Otro

Póliza de Contrato de no participación de Medicare

- El Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada no factura a Medicare por ningún servicio.
“Con respecto a la decisión de no participar, el manual de la póliza de beneficios de Medicare; publicación 100-02, capítulo 15, sección 40.5; dice que, cuando un Doctor/practicante decide no ser parte de Medicare, Medicare no cubre ningún gasto proveído por el doctor o practicante y ningún pago de medicare puede ser hecho a ese doctor o practicante directamente o mensualmente. Adicionalmente, el beneficiario de medicare no puede ser reembolsado por artículos médicos o servicios proveídos directamente por el Doctor o practicante que ha decidido no ser parte del programa”.
- Al firmar esta forma, entiendo que el Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada no factura a Medicare por los servicios que estoy recibiendo hoy.
 - Entiendo que el dinero en efectivo que estoy pagando por los servicios de hoy, no puede ser reembolsado por Medicare, lo que significa que no voy a someter ninguna petición para ser reembolsado.

Nevada Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado

- Reconozco que he recibido una copia del Aviso condado de Nevada de prácticas de privacidad.

Lea por favor lo siguiente y firma: He sido informado acerca de la prueba de piel de tuberculina de Mantoux y **yo entiendo que el resultado de la prueba se debe leer en 48-72 horas y regresaré por los resultados.** En algunos casos se recomienda repetir la prueba de PPD. Solicito que la prueba de piel de PPD sea dada a mí o a la persona denominada arriba por quién estoy autorizado para hacer ésta petición de prueba.

Firma _____ Fecha _____
Padre/Madre/Guardian/Yo

Test #1 Date & Time	Site	Lot/Expiration	Clinician Initials	Date & Time Read	mm Induration	Results	Clinician Initials