

Para trabajadores de Salud: Especificar <i>(es necesario marcar una opción por cada variable)</i>	Profesión: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico enfermería <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> (especificar) _____ Condición Laboral: Contratado <input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____ Establecimiento donde labora _____ Servicio donde labora: Programa de Tuberculosis <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consultorios <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____ tiempo en meses que labora en EEE SS _____
---	--

V. DERIVACIÓN: (completar estos datos si el paciente es derivado a otro establecimiento)

Derivación	SI <input type="checkbox"/> DIRESA _____ RED _____ Establecimiento _____
-------------------	--

VI. TRATAMIENTO

Fecha de inicio de tratamiento ____/____/____

Esquema de Tratamiento <i>(es necesario marcar una opción)</i>	Esquema I (para TB sensible) <input type="checkbox"/> Estandarizado <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Individualizado <input type="checkbox"/> RAFA <input type="checkbox"/> <i>si el paciente no ha iniciado tratamiento al momento de la notificación puede marcar como tratamiento no iniciado temporalmente tratamiento no iniciado <input type="checkbox"/> , debe completar el dato</i> fecha de aprobación del CERI ____/____/____ (solo para los casos que fueron presentado al CERI)
--	---

VII. CIERRE DE EVENTO (llenar cuando concluye tratamiento tiene una condición de egreso)

Condición de Egreso <i>(es necesario marcar una opción)</i>	<i>En la notificación del caso o evento, si no se tiene una condición de egreso marcar la opción <input type="checkbox"/> En tratamiento</i> Curado <input type="checkbox"/> tratamiento completo <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> No evaluado (trasferencia sin confirmar) <input type="checkbox"/> cambio por prueba de sensibilidad <input type="checkbox"/>
---	---

Esquema de Tratamiento final	Esquema I (para TB sensible) <input type="checkbox"/> Estandarizado <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Individualizado <input type="checkbox"/> no recibió tratamiento <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--

Fecha de término de tratamiento o egreso por otra causa ____/____/____

Para pacientes fallecidos:	Fecha de Fallecimiento: ____/____/____ Causa de Muerte asociada a tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

VIII. COMENTARIOS

(En esta sección especificar residencias y domicilios anteriores del paciente en los últimos 2 años u otra información de relevancia)

IX. CONTACTOS

tipo de contacto	Parentesco	Edad	sexo	PPD	Sintomático Respiratorio	Resultado BK
Domiciliario (1) Habitual (2)	Madre (1), Padre (2), hijos (3), hermana (4), esposa(o) (5) otros (especificar)			Positivo (1) Negativo (2) No se realizo (3) Se desconoce (4)	Si (1) No (0)	Positivo (1) Negativo (2) No se realizo (3) Resultado pendiente (4)

.....
Firma responsable de llenado de ficha
 Nombre:.....
 Celular.....

.....
Firma del Jefe del Establecimiento
 Nombre:.....
 Celular.....