

Para trabajadores de Salud:
Especificar
(es necesario marcar una opción por cada variable)

Profesión: Médico Enfermera Técnico enfermería otros (especificar) _____
 Condición Laboral: Contratado Nombrado Residente Interno
 otros especificar _____
 Establecimiento donde labora _____
 Servicio donde labora: Programa de Tuberculosis Emergencia Consultorios Hospitalización
 otros especificar _____
 tiempo en meses que labora en EEE SS _____

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

Derivación SI DIRESA _____ RED _____ Establecimiento _____

VI. TRATAMIENTO

Fecha de inicio de tratamiento ____/____/____

Esquema de Tratamiento
(es necesario marcar una opción)

Esquema I (para TB sensible) Estandarizado Empírico Individualizado RAFA
 si el paciente no ha iniciado tratamiento al momento de la notificación puede marcar como *tratamiento no iniciado temporalmente* , debe completar el dato
 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
(es necesario marcar una opción)

En la notificación del caso o evento, si no se tiene una condición de egreso marcar la opción En tratamiento
 Curado tratamiento completo Abandono Fracaso Fallecido No evaluado
 (transferencia sin confirmar) cambio por prueba de sensibilidad

Esquema de Tratamiento final
Esquema I (para TB sensible) Estandarizado Empírico Individualizado
 no recibió tratamiento

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

Para pacientes fallecidos:
Fecha de Fallecimiento: ____/____/____
 Causa de Muerte asociada a tuberculosis SI NO

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