



SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

1.- IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE:..... RUT:.....
DOMICILIO:.....
PROCEDENCIA:..... TELÉFONO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....

2. MUESTRA:

..... Expectoración 1° 2°
..... Otra: (especificar).....

3. EXAMEN PARA:

..... PESQUISA
..... CONTROL DE TRATAMIENTO MES.....

4. GRUPO DE RIESGO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COINFECCIÓN RETROVIRAL | <input type="checkbox"/> ALCOHOL - DROGAS |
| <input type="checkbox"/> DIABETES U OTRA INMUNOSUPRESIÓN | <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD |
| <input type="checkbox"/> EXTRANJERO | <input type="checkbox"/> SITUACIÓN DE CALLE |
| <input type="checkbox"/> PRIVADO DE LIBERTAD | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO TBC |
| <input type="checkbox"/> PUEBLO INDIGENA | <input type="checkbox"/> CONTACTO DE TBC |
| <input type="checkbox"/> CONTACTO TB-MDR | <input type="checkbox"/> OTRO |

Fecha Solicitud

Nombre del Solicitante