

Fecha: _____

TRUECARE™

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO AL PACIENTE

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social
Primero Segundo Apellido	mm/ dd /aa	M F	- -
Dirección (☐ igual que el Fiador)	Número de teléfono (☐ igual que el Fiador)		

ACUSE DE RECIBO DEL PAQUETE DE BIENVENIDA DE TrueCare

Entendemos que la información sobre usted y su salud es confidencial, y estamos comprometidos a proteger su información de salud. Como paciente, debe revisar y firmar este formulario de consentimiento antes de recibir atención. Su autorización permite que el personal de TrueCare use su información de salud para el tratamiento, el pago y nuestras operaciones de atención médica. Puede encontrar información adicional sobre la protección de su información médica en el Aviso de Prácticas de Privacidad que se incluye en este paquete o se puede encontrar en nuestro sitio web de TrueCare.

Ponga sus iniciales al lado de cada elemento que haya revisado y entendido. Los artículos contenidos en el paquete de bienvenida están disponibles en el sitio web de TrueCare, www.truecare.org para su referencia. Los paquetes de bienvenida se proporcionan a los pacientes nuevos, sin embargo, si desea uno o tiene alguna pregunta, solicite ayuda a uno de nuestros empleados de recepción.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

() Iniciales He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, o se ha puesto una copia a mi disposición.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DEL TRATAMIENTO y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

() Iniciales Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y a su personal clínico asignado a administrar y realizar todos los servicios médicos, de diagnóstico, quirúrgicos u otros servicios que se consideren convenientes o necesarios para la atención médica. Esta atención puede ser brindada en persona o a través de una modalidad virtual de salud. Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de **RECHAZO DE TRATAMIENTO**. También doy mi consentimiento para usar y divulgar la información de salud necesaria para el tratamiento, el pago y otras operaciones de atención médica.

Menor (paciente que tiene <18 años de edad).

Agregue el nombre completo de ambos padres o tutores legales:

Nombre de la madre: _____ FDN: ____ mm/ dd /aaaa

Nombre del padre: _____ FDN: ____ mm/ dd /aaaa

Otro, tutores legales: _____ FDN: ____ mm/ dd /aaaa

Relación con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

() Iniciales Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y a su personal clínico a comunicarse conmigo a través de mi cuenta de MyChart para proporcionar resúmenes de visitas y resultados de laboratorio electrónicamente, así como para enviar y recibir mensajes seguros. Entiendo que la comunicación basada en la web se ofrece como una opción, y que puedo optar por no registrarme en MyChart.

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

() Iniciales Yo, (el paciente, parte responsable, o cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y a su personal clínico y a cualquier afiliado o agente de TrueCare a contactarme o a otros identificados a continuación como parte de mi grupo de apoyo de salud en nuestros teléfonos celulares y/o teléfonos fijos, utilizando mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales, sistemas automáticos de marcación telefónica, mensajes de texto, mensajes SMS u otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que mi proveedor de servicios puede cobrar por dichas comunicaciones y que pueden aplicarse tarifas estándares de mensajes y datos. Entiendo que no se requiere que dé mi consentimiento para dichas llamadas o mensajes como condición para recibir servicios médicos. Si no deseo recibir comunicaciones en la dirección o el número de teléfono mencionados anteriormente, pediré a un miembro del personal de TrueCare que me proporcione un formulario de **SOLICITUD PARA CAMBIAR PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN**.

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE TELESALUD

() **Iniciales** Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado) entiendo que tengo derecho a acceder a los servicios a través de una visita en persona, cara a cara o mediante telesalud. Entiendo que hay servicios de traducción y servicios de transporte disponibles para servicios recibidos a través de TrueCare. El uso de telesalud es voluntario y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro. Entiendo que tengo opciones para recibir servicios en persona o a través de telesalud. Si elijo recibir servicios de TrueCare ahora o en el futuro a través de telesalud, entiendo que puede haber limitaciones y posibles riesgos relacionados con recibir servicios a través de telesalud en comparación con una visita en persona. Si tengo preguntas adicionales relacionadas con los servicios de telesalud, entiendo la importancia de abordarlas con un miembro del personal de TrueCare.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE HERRAMIENTAS BASADAS EN IA

() **Iniciales** Yo, (el paciente, parte responsable, o cuidador autorizado) entiendo que TrueCare utiliza herramientas basadas en inteligencia artificial ("IA") para apoyar el tratamiento médico en algunos casos (por ejemplo, el uso de herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas) y para diversas funciones administrativas. Las herramientas basadas en IA que apoyan funciones administrativas pueden incluir, entre otras, la grabación de audio de las palabras dichas durante su visita para su uso en la generación del registro médico, para actualizar su registro médico y proporcionarle información sobre posibles diagnósticos y planes de tratamiento. Estas herramientas basadas en IA son una ayuda para el paciente y el proveedor, pero en última instancia, el proveedor tomará una decisión clínica utilizando su propio juicio profesional. Consiento el uso de herramientas basadas en IA para mi atención médica y para las funciones administrativas de TrueCare. La información recopilada durante el encuentro clínico, incluso cuando se utilizan estas herramientas basadas en IA, puede ser utilizada por el proveedor y convertirse en parte del registro médico del paciente. Dicha información se almacena en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, según enmendada por la Ley HITECH, y de acuerdo con sus regulaciones implementadas (colectivamente, "HIPAA") y otras leyes estatales y federales aplicables, y puede ser utilizada para las operaciones de atención médica de TrueCare para mejorar aún más el modelo de IA para su población de pacientes.

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Como su equipo de atención médica, es posible que necesitemos comunicarnos con usted sobre su salud. Nos gustaría invitarlo a incluir a miembros de su familia y/u otras personas para que formen parte de su grupo de apoyo de salud. A las personas que identifique a continuación se les permitirá discutir su información de salud, incluidas, entre otras, información de citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos e información de referencias, y es posible que se les contacte para un seguimiento en caso de que no podamos comunicarnos con usted. Proporcione información precisa para cualquier persona designada como parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas designadas deben mostrar una identificación válida con foto cuando estén en una clínica. **Para solicitar una copia impresa, complete el formulario AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD.**

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Persona designada para compartir información de salud

Nombre Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Información de contacto		Relación con el paciente	*Información confidencial de salud
Nombre		Teléfono #			Sí ☐ No ☐
		Dirección			
Nombre		Teléfono #			Sí ☐ No ☐
		Dirección			

*El permiso para compartir información médica confidencial incluye información sobre tratamientos de salud mental, resultados de pruebas de VIH, o información sobre tratamientos por alcohol o drogas.

Fecha: _____

AFIRMACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Mi firma a continuación confirma mi entendimiento del consentimiento de TrueCare para tratamiento al paciente.

Firma del paciente/padre o tutor legal

Fecha

Relación con el paciente: _____

**La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.*

TrueCare USE ONLY

☐ **Verbal Consent obtained during Virtual Visit.** By Signing below, I acknowledge I have reviewed each section with the patient and Obtained Verbal consent to sign on the patient's behalf.

TrueCare Staff Name (PRINT) _____ Sign _____ Date _____

FORMULARIO de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Fecha: _____

La asignación de beneficios (ADB) es su acuerdo que ayuda a TrueCare a navegar el proceso de pago con base en la información proporcionada. Si tiene seguro médico o dental, le da permiso a TrueCare para presentar un reclamo y cobrar los pagos al plan de seguro. **TrueCare utilizará la siguiente información para verificar la elegibilidad y la responsabilidad financiera por los servicios proporcionados. Si los servicios no están cubiertos por el seguro, esta información también nos ayuda a evaluar si usted podría calificar para descuentos o programas estatales.**

- Deberá nombrar **a un fiador**; el **fiador** es la persona o entidad que es financieramente responsable del pago en la cuenta de un paciente. El **fiador** aparecerá en el registro y recibirá todas las notificaciones que hagan referencia a reclamos y estados de cuenta.
- Asignar un **fiador** en el sistema de registro relacionará todas las cuentas asociadas, por lo tanto, es importante que **usted anote a los dependientes** en su hogar que son pacientes de TrueCare. Si lo hace, ayudará al personal de TrueCare a asignarlo al **fiador** en el sistema de registro para cada individuo que esté anotado.
- Verificamos la identidad del **fiador** y para asegurarnos de no facturar inadvertidamente a la persona incorrecta los saldos relacionados con los servicios del paciente.

Información del Paciente				
Primer Nombre	Apellido		FDN (mm/dd/aa)	
Dirección de envío:	Ciudad	Código Postal	Estado	Numero Principal de Telefono
Correo electrónico:	Nombre del contacto de emergencia:		N.º de teléfono de emergencia:	

Información del Fiador <i>La persona o entidad financieramente responsable por el pago en la cuenta de un paciente.</i>				
Relación del fiador con el Paciente: *REQUIRED ☐ Mismo/ Persona ☐ Padre/Madre ☐ Guardian Legal ☐ Tutor ☐ Esposo/a				
¿El fiador es un Paciente de Truecare? *REQUIRED ☐ Yes ☐ No				

Si el fiador no es el paciente mismo, por favor de llenar el resto de esta sección:				
Primer Nombre del Fiador:	Apellido del Fiador:		FDN mm/dd/aa	
Dirección de envío ☐ Igual a la dirección de el/la paciente, o de lo contrario anotar la dirección aquí:				
Dirección de envío:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Domicilio ☐ Igual a la dirección de envío. A lo contrario anotar domicilio aquí:				
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Number de Telefono: Igual al de el/la paciente, o de lo contrario anotar el/los numeros aquí:				
Teléfono Principal ☐ Cell ☐ Casa ☐ Otro:		Teléfono Secundario ☐ Cell ☐ Casa ☐ Otro:		
Correo electrónico ☐ Igual al del paciente, o de lo contrario anotar la información aquí:				
Correo electrónico:				
Contacto de emergencia ☐ Igual al del paciente, o de lo contrario anotar la información aquí:				
Nombre del contacto de emergencia:				
N.º de teléfono de emergencia:				

Solo anote los dependientes en el hogar que son pacientes de TrueCare.				
Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Relacion con el Fiador	Tiene este miembro del hogar cobertura medica?
				Si / No
				Si / No
				Si / No

FORMULARIO de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

				Si / No
				Si / No
				Si / No
				Si / No

Determinación de elegibilidad para descuentos de tarifas

Es política de TrueCare proporcionar servicios esenciales a todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos ofrecidos se basan en la información que proporcione sobre el tamaño de su familia y los ingresos. Para calificar para el Programa de descuento, deberá declarar sus ingresos anualmente o cada vez que haya un cambio en el tamaño de su familia o los ingresos de su familia. Esta información es estrictamente confidencial y no puede ser divulgada sin su permiso. Si es elegible para un descuento, se aplicará a todos los servicios recibidos en TrueCare, pero no a los servicios proporcionados fuera del Centro de Salud. La declaración anterior se aplica a todos los miembros que usted anota; Usted reconoce que es financieramente responsable de cada individuo anotado como su **fiador**.

Esta usted interesado/a en ser evaluado/a para nuestro programa de descuentos de tarifas?

☐ **ESTOY INTERESADO/A en ver si califico para el Programa de descuento de tarifas de TrueCare.**

☐ **Auto-declarado**, el Paciente/ **fiador** no tiene prueba de ingresos en este momento; la proporcionará en o antes de la próxima cita. (____) **Iniciales**

☐ **Verificado**, Comprobante de ingresos proporcionado, verificado por el personal, copias escaneada a la historia clínica del paciente. (____) **Iniciales**

INGRESO FAMILIAR Y TAMAÑO DE FAMILIA *Recomendado, incluso si tiene seguro*

Tamaño de Familia, incluyéndome: *El número de personas en el hogar del fiador, apoyados por el ingreso familiar.*

Ingreso Familiar *El ingreso anual bruto total, antes de impuestos*

☐ **NO ESTOY INTERESADO/A en ser evaluado/a para el Programa de descuento de tarifas de TrueCare por el momento.**
Acepto pagar la tarifa completa de TrueCare. (____) **Iniciales**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a mi plan/programa de atención médica a reembolsar a TrueCare por todos los servicios que recibo. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo impago, copago, coseguro, deducibles y/o cualquier servicio no cubierto.

☐ Si está asegurado, se proporcionaron la tarjeta(s) de seguro médico: Sí _ No ___ N/A _

AFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL FIADOR/PACIENTE

Afirmo que la información que he proporcionado a TrueCare es precisa y verdadera a mi leal saber y entender.

Mi firma a continuación confirma mi comprensión de lo siguiente:

- La declaración anterior se aplica a todos los miembros del hogar enumerados, **Reconozco que soy financieramente responsable de cada individuo anotado como su fiador.**
- Si he proporcionado información falsa, puedo ser descalificado del Programa de descuento de tarifa.
- SE REQUIERE UNA PRUEBA ACEPTABLE DE INGRESOS (TALÓN (ES) DE CHEQUE DE PAGO O DECLARACIONES DE IMPUESTOS) PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, MANTENGA INFORMADO A TrueCare.
- Si alguna información proporcionada en este formulario cambia, debo informar al personal en, o antes de mi próxima cita.
- TrueCare no proporciona reembolsos por servicios profesionales ya obtenidos.

Firma del fiador /Paciente: _____ **Fecha:** _____

(Padre, tutor, poder notarial o cuidador). *La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.

TrueCare USE ONLY

☐ **Verbal Consent obtained during Virtual Visit.** I acknowledge I have reviewed each section with the patient and obtained verbal consent to sign on the patient behalf. **Staff Initials required** _____

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Historia Médica
(Adulto, Adolescente, Planificación Familiar)
FECHA _____

¿Si necesitamos comunicarle el resultado anormal de su examen, le podemos llamar/escribir a su casa? ☐ Sí ☐ No
¿De no ser así, con quien podemos comunicarnos? Nombre _____ Teléfono: _____
¿En caso de una emergencia médica pueden llamar a: Nombre _____ Teléfono: _____
Relación _____ ¿Ellos saben que usted es paciente de la clínica? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún familiar ha tenido problemas de los siguientes?

Sí	No	¿Quién?	Sí	No	¿Quién?
☐	☐	_____	☐	☐	_____
☐	☐	Anemia falciforme	☐	☐	Defectos de nacimiento
☐	☐	Alta presión	☐	☐	Diabetes
☐	☐	Ataque al corazón antes de los 50	☐	☐	Cáncer _____
☐	☐	Ataque al corazón después de los 50	☐	☐	¿Su madre tomo DES para prevenir un malparto (aborto natural) durante el embarazo con usted?
☐	☐	Derrames cerebrales antes de los 50			
☐	☐	Derrames cerebrales después de los 50			

HISTORIA MÉDICA

Sí	No	¿Cuándo?	Sí	No	¿Cuándo?
☐	☐	_____	☐	☐	_____
☐	☐	Problemas de o Ataque al corazón	☐	☐	Problemas del hígado
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Vacuna contra Hepatitis B
☐	☐	Coágulos de sangre en las piernas	☐	☐	Enfermedad de los riñones/vejiga
☐	☐	Alta Presión	☐	☐	Problemas de próstata
☐	☐	Colesterol alto	☐	☐	Problemas de la vesícula biliar
☐	☐	Anemia/Problemas en la sangre	☐	☐	Rubéola
☐	☐	Jaquecas/migrañas	☐	☐	Clamidia/Gonorrea/Sífilis
☐	☐	Epilepsia/convulsión	☐	☐	Herpes
☐	☐	Asma/Problemas de pulmón	☐	☐	VIH
☐	☐	Tuberculosis	☐	☐	Enfermedad de los senos
☐	☐	Problemas de la tiroides	☐	☐	Infecciones vaginales frecuentes
☐	☐	Ansiedad o problemas emocionales	☐	☐	Problemas de la matriz/Fibromas
☐	☐	Depresión severa	☐	☐	Papanicolaou anormal o Colposcopia

¿Alguna vez ha tenido una cirugía? ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles? _____
¿Toma medicamentos regularmente? ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles? _____
¿Fuma cigarrillos? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos cigarrillos? _____
¿Toma alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto alcohol? _____
¿Tiene alergias a alguna medicina? ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles? _____
¿Es usted alérgico a productos de látex? ☐ Sí ☐ No ¿Usa drogas? ☐ Sí ☐ No ¿Qué tipo de drogas? _____

¿Necesita ayuda con actividades de todos los días? _____ ¿Si sí, con cuales actividades? _____

MUJERES Solamente:

¿Primer día de su última regla? _____
¿Qué edad tenía cuando empezó a menstruar? _____
Tiene su regla cada ____ días
Tiene ☐ Cólicos menstruales ☐ Tensión premenstrual
Sus reglas son ☐ irregulares ☐ regulares
Sus reglas son ☐ ligeras ☐ moderadas ☐ pesadas
¿Tiene manchado entre reglas? ☐ Sí ☐ No
Fecha del último Papanicolaou: Resultado Normal: ☐ Sí ☐ No

HISTORIA DE EMBARAZOS

Número total de embarazos _____
Número de nacimientos vivos _____
Número de malpartos o abortos naturales _____
Número de abortos provocados _____
¿Está planeando quedar embarazada? _____
Si lo planea, ¿cuándo? _____
¿Está tomando ácido fólico? _____

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos dos meses? _____
¿Qué método anticonceptivo está usando? _____
¿Tiene algún problema con este método? _____
¿Se la ha olvidado alguna pastilla o inyección, usar el diafragma o condón, o se la ha roto un condón en los últimos 2 meses? ☐ Sí ☐ No
Marque todos los métodos que haya usado: ☐ Pastillas ☐ Parche ☐ Nuva Ring ☐ Aparato intrauterino ☐ Diafragma ☐ Condones ☐ Inyección ☐ Crema ☐ Espuma y condones ☐ Ninguno
¿Tuvo problemas con otros métodos? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA SEXUAL

¿A qué edad tuvo contacto sexual por primera vez? _____
Número de compañeros(as) sexuales en los últimos dos años _____
Sus compañeros (as) sexuales han sido del: ☐ mismo sexo ☐ sexo opuesto ☐ ambos sexos
¿Ha tenido una pareja sexual que utilizó drogas inyectables o tuvo relaciones sexuales con la persona del mismo sexo? ☐ Sí ☐ No
¿En alguna ocasión ha sido golpeada, cacheteada, pateada, empujada o lastimada físicamente por un conocido? ☐ Sí ☐ No
¿En alguna ocasión ha sido forzada a un acto sexual no deseado? ☐ Sí ☐ No

Clinician: _____

Date: _____



Patient ID sticker

Date/Fecha: _____

TrueCare™ TUBERCULOSIS RISK ASSESSMENT

Patient: refers to you or your child depending upon who is visiting the doctor.

High Risk Country: refers to countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand or countries located in Western or Northern Europe.

	YES	NO	FOR TrueCare™ STAFF USE
1. Has the <u>patient</u> had a positive tuberculosis test OR been diagnosed with tuberculosis disease?	☐	☐	Perform symptom check –NO PPD/QG
2. Has a family member or other person who has contact with the <u>patient</u> had a positive tuberculosis test OR tuberculosis disease?	☐	☐	PPD Testing or Quantiferon Gold (QG) Testing or Symptom Check as clinically indicated
3. Was the <u>patient</u> born in a high-risk country (see above)?	☐	☐	
4. Has the <u>patient</u> traveled to a high-risk country (see above) for more than 3 weeks in the past year or do they cross the US-Mexico border on a regular basis?	☐	☐	
5. Has the <u>patient</u> ever consumed raw (unpasteurized) milk or cheese (queso fresco) purchased outside of the United States?	☐	☐	
6. In the past year, has the <u>patient</u> had close contact with someone who is homeless, abused drugs, or has been in prison (including themselves)?	☐	☐	PPD/QG Testing
7. Has the <u>patient</u> had a high risk medical condition such as HIV, malignancy, silicosis or prolonged immune suppressing therapy?	☐	☐	

Note: HIV positive patients need annual tuberculosis testing.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS DE TrueCare™

Paciente: se refiere a usted o a su hijo/a dependiendo de quién consulte al doctor.

País de alto riesgo: se refiere a países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda ni países ubicados en Europa del Norte u Occidental.

	SI	NO	SOLO PARA PERSONAL DE TrueCare™
1. ¿Ha tenido el/la <u>paciente</u> una prueba positiva de tuberculosis O se le ha diagnosticado tuberculosis?	☐	☐	Perform symptom check- No PPD/QG
2. ¿Algún miembro de la familia u otra persona que tiene contacto con el/la <u>paciente</u> ha tenido una prueba de tuberculosis positiva O diagnosticado con tuberculosis?	☐	☐	PPD Testing or Quantiferon Gold (QG) Testing or Symptom Check as clinically indicated
3. ¿El/la <u>paciente</u> nació en un país de alto riesgo (ver definición arriba)?	☐	☐	
4. ¿El/la <u>paciente</u> ha viajado a un país de alto riesgo (ver definición arriba) por más de 3 semanas en el último año o cruzan la frontera de USA-México de forma regular?	☐	☐	
5. ¿El/la <u>paciente</u> ha consumido alguna vez quesos (queso fresco) o leche cruda (sin pasteurizar) que se haya comprado fuera de los Estados Unidos?	☐	☐	
6. En el último año, ¿El/la <u>paciente</u> ha tenido contacto cercano con una persona sin hogar, que ha abusado drogas o que ha estado en prisión (incluso ellos mismos)?	☐	☐	PPD/QG Testing
7. ¿El/la <u>paciente</u> ha tenido una condición médica de alto riesgo como VIH, malignidad, silicosis o terapia inmunodepresora prolongada?	☐	☐	

Nota: los pacientes con VIH positivo deben hacerse la prueba de tuberculosis anualmente.

Patient Signature /Firma del Paciente: _____ Clinician Signature: _____

FOR TrueCare™ STAFF USE/SOLO PARA PERSONAL DE TrueCare™ — PROBING QUESTIONS/NOTES FOR “YES” ANSWERS

Q1&2: Did the patient have active or latent TB and did they receive Tx or Prophylaxis and if so, did they finish treatment? Hx of BCG?
 Have they had a CXR if no prophylaxis and if so, when? Q3: Name country Q4: Name country, length of time and when?
 Q5: Name what, when and where Q6: Consider annual testing if repetitive exposure Q7: HIV+ requires annual testing