

Notificación Binacional

Número de Tarjeta: _____

Tel: 001-800-789-1751

¹Jurisdicción

que refiere: _____ ¹Fecha de envío: ____/____/____
Ciudad Condado Estado

¹Persona que refiere: _____ ¹Tel. () _____ Fax () _____

Caso confirmado Caso sospechoso RVCT: _____ No se notificó ICE A# _____
 Contacto cercano Inmunocomprometido Tratamiento Preventivo Caso índice Solicitud de Historia Clínica

¹Nombre del paciente: _____ Sexo M F
Apellido paterno Apellido materno Nombre

Alias: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

²Domicilio en

México: _____ ²Teléfono: () _____
Calle, Número, Apt. o Interior Colonia o Fraccionamiento Ciudad, Municipio o Condado, Estado, Código Postal

Domicilio en

USA: _____ Teléfono: () _____
Calle, Número, Apt. o Interior Colonia o Fraccionamiento Ciudad, Municipio o Condado, Estado, Código Postal

²Contacto de emergencia en E.U.: Nombre: _____ Teléfono () _____

Parentesco: _____

²Contacto de emergencia en México: Nombre: _____ Teléfono () _____

Parentesco: _____

Información clínica de: este caso/sospechoso caso índice para este contacto este contacto no aplicable

Localización(es) de la enfermedad: Pulmonar Otra (s) especifique: _____

EXAMENES DIAGNOSTICOS Y DE CONTROL

| Fecha de recolección | Tipo de muestra | Baciloscopia | Cultivo | Susceptibilidad | Radiología | Otros exámenes/ Resultados |
|----------------------|-----------------|--------------|---------|-----------------|------------|----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¹Medicamentos Para este caso/sospechoso Para este contacto/ Trat. Preven

| Medicamento | Dosis | Fecha de inicio | Fecha de suspensión |
|-------------|-------|-----------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Comentarios: _____

Fecha probable de traslado a E.U. México

____/____/____

Se dió medicamento para _____ días

1. Campos a llenar para iniciar la referencia.
2. Al menos una dirección o teléfono es esencial para localizar al paciente al salir del país.
3. Cuando el paciente sea BAAR (-) por favor describa los resultados de Rayos Xs. Cuando sea posible incluya los reportes oficiales de Rayos Xs y de laboratorio junto con la referencia.

