

5	DATOS DEL CONTACTO		CONTROLES				BACILOSCOPIAS		CULTIVO					
	NOMBRE Y APELLIDO		EXAMEN MÉDICO		CONSULTAS		FECHA		FECHA		RESULTADO			
			SR	SÍ	NO	SÍ	NO	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	EDAD		M		F		FECHA		MEDI/ENF		FECHA		RESULTADO	
			SR	SÍ	NO	SÍ	NO	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD
	MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA		FECHA DE CONDICIÓN DE EGRESO:							
	FECHA		MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA							
	FECHA		MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA							
	FECHA		MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA							
	FECHA		MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA							
FECHA		MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA								
FECHA		MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA								

VISITAS DOMICILIARIAS

FECHA		MOTIVO		DISCIPLINA		RESULTADO DE LA VISITA	
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					
DD	MM	AAA					

FECHA DE CONDICIÓN DE EGRESO: DD MM AAA

CURADO TX COMPLETO

PERDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO

FRACASO FALLECIDO

NO EVALUADO EXCLUSIÓN

Firma y sello del Médico (a)

Firma y N° de registro de la Enfermera (o)



MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
TARJETA DE REGISTRO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO DE
LA TUBERCULOSIS FÁRMACORESISTENTE



N° ORDEN DE REGISTRO:

INSTALACIÓN DE SALUD:

REGIÓN DE SALUD:

DATOS DEL PACIENTE 1

Asegurado: Sí No

Cédula o Pasaporte: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Provincia: _____

Región: _____

Distrito: _____

Corregimiento: _____

Dirección del domicilio: _____

Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Embarazada: Sí No Desconoce

Semanas de gestación: _____

País de origen: _____

Si es extranjero tiempo de residencia en Panamá: _____

- Grupo de riesgo drogoresistente:**
- Fracaso del tratamiento inicial de TB
 - Fracaso del retratamiento de TB
 - Reingreso por recaída
 - Reingreso por pérdida del seguimiento
 - Contacto de drogoresistente
 - Trabajador de la Salud
 - Trabajador de la cárcel
 - Paciente con VIH
 - Privado de libertad
 - Diabética/co
 - Dependencia a drogas lícitas y no lícitas

- Grupo poblacional:**
- Indígena
 - Afrodescendiente
 - Asiático
 - Indostán
 - Otros: _____

Empleado: Sí No

Ocupación: _____

Privado de Libertad: Sí No

Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO

Medicamento	Fecha de inicio	Fecha de fin	Duración
Isoniacida	DD MM AAA	DD MM AAA	
Rifampicina	DD MM AAA	DD MM AAA	
Etambutol	DD MM AAA	DD MM AAA	
Pirazinamida	DD MM AAA	DD MM AAA	

Familiar de referencia

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Referencia del paciente

Instalación que lo Refirió: _____

Instalación de Diagnóstico: _____
