



**PEDIATRIC
ASSOCIATES**

TB / Cholesterol Risk Assessment



**PEDIATRIC
ASSOCIATES**

Name: _____ **Chart Number:** _____ **Date:** _____

TB Risk Factors

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Has your child been in contact with anyone who has tuberculosis? | Yes | No |
| 2. Has your child ever had a positive PPD or tuberculosis test? | Yes | No |
| 3. Does your child have close contact with a person who had a positive TB skin test? | Yes | No |
| 4. Was your child born outside the United States? | Yes | No |
| 5. Is any one of your household members a recent immigrant from another country in the <u>last 5 years</u> ? | Yes | No |
| 6. Has your child or any other member of your household traveled outside the U.S. for <u>more than one week</u> ? If yes, what country: _____ | Yes | No |
| 7. Does your child spend time with anyone who has HIV or has been in jail in the <u>last 5 years</u> ? | Yes | No |
| 8. Has your child or any other member of your household lived in a shelter or group residence in the <u>last 5 years</u> ? | Yes | No |

Cholesterol Risk Factors (Patients 2 years of age and older)

- | | | |
|---|-----|----|
| 9. Does either of the parents have a cholesterol > 240? | Yes | No |
| 10. Has any member of your family had a heart attack or a stroke before age 55? | Yes | No |

Person Filling Out This Form: _____ **Relationship to Patient:** _____

Renewal Signatures:

Date: _____ **No Change / Yes, item numbers:** _____

Date: _____ **No Change / Yes, item numbers:** _____

Date: _____ **No Change / Yes, item numbers:** _____

Date: _____ **No Change / Yes, item numbers:** _____



**PEDIATRIC
ASSOCIATES**

Factores de Riesgo para Tuberculosis y Colesterol **(Spanish Version)**



**PEDIATRIC
ASSOCIATES**

Nombre: _____ **Numero Historia Clínica:** _____ **Fecha:** _____

Factores De Riesgo Para Tuberculosis

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿ Ha tenido su hijo(a) contacto con alguien con tuberculosis? | Si | No |
| 2. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez una prueba positiva de PPD o de Tuberculosis? | Si | No |
| 3. ¿Tiene su hijo(a) contacto cercano con una persona quién tuvo una prueba positiva de piel de TB? | Si | No |
| 4. ¿Nació su hijo(a) fuera de los Estados Unidos? | Si | No |
| 5. ¿Es algún miembro de la casa un inmigrante reciente de otro país o en <u>los últimos 5 años</u>? | Si | No |
| 6. ¿Ha viajado su hijo(a) o algún miembro de la familia fuera del país por <u>más de una semana</u>? A que país: _____ | Si | No |
| 7. ¿Ha estado su hijo(a) en contacto con alguien que este infectado con SIDA o que haya estado en la cárcel durante <u>los últimos 5 años</u>? | Si | No |
| 8. ¿Ha vivido su hijo(a) o cualquier otro miembro de su casa en una residencia de refugio en <u>los últimos 5 años</u>? | Si | No |

Factores De Riesgo Para Colesterol (pacientes 2 años de edad en adelante)

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 9. ¿Tiene alguno de los padres un nivel de colesterol > 240? | Si | No |
| 10. ¿Ha tenido algún miembro de la familia un infarto o una trombosis antes de los 55 años? | Si | No |

Persona llenando esta papel: _____ **Relación con paciente:** _____

Firmas de Actualización:

Fecha: _____ **Ningún Cambio / Si, Pregunta #:** _____

Fecha: _____ **Ningún Cambio / Si, Pregunta #:** _____

Fecha: _____ **Ningún Cambio / Si, Pregunta #:** _____

Fecha: _____ **Ningún Cambio / Si, Pregunta #:** _____