



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO EN INTERVENCIÓN**

**RESULTADO DE PPD (Prueba de Tuberculina)**

Vigilancia de pacientes con sospecha o riesgo de infección tuberculosa latente

**1. DATOS DEL USUARIO**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Tipo y No. de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

EAPB \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DE LA PRUEBA**

Fecha de aplicación del PPD: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lote del PPD aplicado: \_\_\_\_\_

Sitio de aplicación:  Antebrazo derecho  Antebrazo izquierdo

Responsable que aplica: \_\_\_\_\_

**3. LECTURA DE RESULTADO (48–72 HORAS POSTERIOR A APLICACIÓN)**

Fecha de lectura: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Profesional que realiza la lectura: \_\_\_\_\_

Tamaño de la induración (en mm): \_\_\_\_\_ mm

Interpretación:  Negativa  Positiva  No lectura (usuario no asistió)

Observaciones adicionales:

**4. CONDUCTA A SEGUIR**

- Usuario remitido a RX de tórax
- Seguimiento en consulta médica
- Repetir PPD en 2–3 semanas (efecto booster)
- Inicia tratamiento preventivo
- Notificación a vigilancia epidemiológica

**5. FIRMA DE CONFORMIDAD DEL USUARIO**

Declaro que he recibido información clara sobre el resultado de la prueba de PPD y la conducta a seguir según la interpretación clínica.

Firma del usuario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**6. FIRMA DEL RESPONSABLE DE ENTREGA**

Nombre del profesional de salud: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

*¡La vida nuestro compromiso!*

Teléfonos 7268208 – 7261605. Fax. 7260296, Maicao La Guajira

[www.hospitalmaicao.gov.co](http://www.hospitalmaicao.gov.co)