



**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