

## Hoja de reporte de prueba cutánea PPD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Fecha de lectura: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_ mm

---

Firma de quien aplica/lee la prueba

Sello de la institución