



16261 Richmond Turnpike
Bowling Green, VA
22427-2203

EVALUACION DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

NOMBRE: _____ **GRADO/ESCUELA** _____

PADRE O TUTOR: _____ **FECHA:** _____

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Centro de Control de Enfermedades y Prevención (CDC) recomiendan que la prueba de Tuberculosis se haga en todas las personas que tienen un riesgo elevado de TB. Por favor llene la siguiente forma.

1. El estudiante nació fuera de los Estados Unidos?
☐ No ☐ Si Si contesto que sí, que país? _____
2. El estudiante pasó tres o más meses consecutivos en un país extranjero en los últimos cinco años?
☐ No ☐ Si Si contesto que sí, que país? _____
3. El estudiante ha sido expuesto a una persona con TB activa en el último año?
☐ No ☐ Si Si contesto que si, quien? _____
4. El estudiante ha estado en la cárcel o vivido en un albergue (por no tener hogar) en los últimos dos años?
☐ No ☐ Si
5. El estudiante ha tenido algunos de estas síntomas: tos persistente, tos con sangre, fiebre por más de una semana, pérdida de peso sin explicación o infección de VIH?
☐ No ☐ Si Si contesto que si, por favor explique: _____
6. El estudiante está tomando medicamento de esteroide oral (aparte de inhaladores), drogas en contra del cáncer o cualquier otro medicamento que haga que su sistema inmunológico sea más débil?
☐ No ☐ Si Si contesto que si, por favor explique: _____
7. El estudiante ha tenido una prueba positiva de TB o ha recibido tratamiento para una infección de TB o una infección de TB latente?
☐ No ☐ Si Si contesto que si, por favor de detalles : _____

8. El estudiante tiene algunos de las siguientes condiciones médicas?

a. Diabetes	No	Si	f. Gastrectomía	No	Si
b. Malnutrición	No	Si	g. Silicosis	No	Si
c. Cáncer	No	Si			
d. Falla renal crónica	No	Si			
e. Inmunodeficiencia	No	Si			
Congénita o adquirida					

INSTRUCTIONS FOR HEALTH PROVIDER: Please complete the following when the risk assessment contains one or more positive (yes) answers. Return to the school nurse.

Date of TB test: _____ -Type of TB Test: TB skin test **OR** IGRA (interferon gamma release assay)

Test result: _____ mm induration (for TST) **OR** IGRA result: Positive Negative Indeterminate

CXR ordered? No ☐ Yes ☐ -If yes, result: _____

Treatment provided? No ☐ Yes ☐ -If yes, what? _____

Name of Health Care Provider (please print): _____

Address: _____

Telephone: _____

Signature : _____