

TUBERCULOSIS SKIN TESTING

Name: _____ Date of Birth / Age: _____ / _____

Phone Number: _____ Country of Birth: _____

National School District Employee: YES _____ NO _____

.....

CONSENT

Complete this Section

1. Have you ever had a positive TB skin test? YES _____ NO _____

2. Have you ever taken medicine for a positive TB skin test? YES _____ NO _____

3. Have you had a live virus vaccine within the past month? YES _____ NO _____

(For example: oral polio, measles, chicken pox...)

4. Have you been in close contact with someone who has had active TB in the past? YES _____ NO _____

5. Do you consider yourself to be at high risk for HIV infection? YES _____ NO _____

6. Are you 55 years of age or older? YES _____ NO _____

➤ **IF YES**, have you had a TB skin test in the last five years? YES _____ NO _____

I request and authorize the staff of the National City Collaborative; National School District to evaluate and/or provide a PPD Mantoux Tuberculin Skin Test. Questions about the test have been answered to my satisfaction. I understand that the test is not complete until it has been read. I understand that the test may include a medical referral to my medical provider and/or the San Diego County Public Health Department.

Signature Date

.....

Nurse to Complete

Administered PPD 5TU 0.1 ml Intradermal Manufacturer: _____

Lot #: _____

Site: Left Forearm Right Forearm Expiration date: _____

Date given: _____ Nurse's Signature: _____

Date read: _____ Results: Induration in mm: _____

Interpretation: Negative Positive

Read by - Nurse's Signature: _____

X-Ray indicated: YES NO Referred to: _____

TUBERCULOSIS SKIN TESTING

Nombre: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____/_____

Número de teléfono: _____ País de nacimiento: _____

Empleado(a) del Distrito Escolar Nacional: Sí _____ NO _____

.....

CONSENTIMIENTO

Llene esta parte:

1. ¿Alguna vez le ha resultado positiva la prueba en la piel para detectar tuberculosis? Sí _____ NO _____
2. ¿Alguna vez ha tomado medicamento porque le resultó positiva la prueba en la piel para detectar tuberculosis? Sí _____ NO _____
3. ¿Le pusieron una vacuna de virus vivo en el mes pasado?
 (Por ejemplo: polio oral; sarampión; varicela o viruela loca) Sí _____ NO _____
4. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que haya tenido tuberculosis activa en el pasado? Sí _____ NO _____
5. ¿Considera usted que está en alto riesgo de infectarse de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)? Sí _____ NO _____
6. ¿Tiene 55 años de edad o más? SI _____ NO _____
 - **SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE**, ¿le hicieron la prueba en la piel para detectar tuberculosis en los 5 años más recientes? Sí _____ NO _____

Solicito y autorizo al personal del Colaborativo de Nacional City y a los Centros de Recursos Familiares que hagan y/o evalúen la prueba tuberculina mediante la técnica de Mantoux. Las preguntas que hice acerca de la prueba me fueron contestadas a mi entera satisfacción. Entiendo que la prueba no está completa hasta que haya sido leída. También entiendo que al completar la prueba es posible que se me envíe con mi proveedor de atención médica y/o al Departamento de Salud Pública del Condado de San Diego.

 Firma

 Fecha

.....

Nurse to Complete

Administered PPD 5TU 0.1 ml Intradermal

Manufacturer: _____

Site: Left Forearm Right Forearm

Lot #: _____

Expiration date: _____

Date given: _____

Nurse's Signature: _____

Date read: _____

Results: Induration in mm: _____

Interpretation: Negative Positive

Read by - Nurse's Signature: _____

X-Ray indicated: YES NO

Referred to: _____