



Distrito Escolar de San Ysidro
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE Á TUBERCULOSIS

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Educación Especial: Si No

La seguridad y el bienestar de su hijo es importante para nosotros. La tuberculosis es una enfermedad que puede causar enfermedades graves o la muerte. Completar esta forma de detección de tuberculosis es necesario antes de que su hijo/a comience la escuela.

HISTORIAL: (Marque la caja que esté de acuerdo con su declaración.)

SI	NO	Si hay alguna respuesta que sea SI (excepto la #1) la sección de PRUEBAS debe ser completada por el médico
		1. Ha recibido su hijo/a alguna vez la prueba de tuberculosis BCG?
		2. Tiene su hijo alguno de estos factores de riesgo?
		a. Ha tenido contacto cercano con alguna persona con tuberculosis infecciosa activa.
		b. Inmunosuprimidos – HIV/AIDS, trasplante de organos o en medicamento inmunosupresor.
		c. Historia de radiografía anormal que sugiera una enfermedad de tuberculosis.
		d. Viví dentro y he viajado a zonas de alto riesgo: África, Asia, Europa oriental, Centroamérica del sur: Africa, Asia, Este de Europa, Centro o Sudamerica
		e. Otras condiciones de alto riesgo: uso de drogas intravenosas, enfermedad renal crónica, cáncer, diabetes, mala absorción o GI derivación “by-pass”.
		3. Tiene su hijo algún signo o síntoma de la enfermedad de TB activa? – tos por más de 3 semanas, dolor en el pecho, inexplicable pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna?
		4. Ha tenido su niño alguna una prueba cutánea de tuberculina positiva?
		5. Ha sido su hijo alguna vez tratado para la tuberculosis latente? Medicamento: _____ fecha de Inicio: _____ fecha de terminación: _____
		a. Si es así, confirmar con un examen de sangre b. O confirmar con una radiografía de tórax.

PRUEBAS (ESTA SECCIÓN ES PARA EL MÉDICO/ASISTENTE DE CUIDADO DE LA SALUD Y PERSONAL ESCOLAR):

1. Prueba cutánea de tuberculosis (TST) (≥ 5 mm. es positivo si dice sí 2a, b o c más alto; de lo contrario ≥ 10 mm. es positiva)

Fecha : _____ Fecha de lectura: _____ Interpretación: negativa positiva

Resultados: _____ mm induración TST los resultados deben ser registrados como induración milímetros (mm). Si no hay induración, escriba 0.

Padre no pudo proporcionar prueba de radiografías de tórax y tratamiento

2. Análisis de sangre de TB (Interferon Gamma Realease Assay-IGRA) – puede hacerse en vez de TST: Se recomienda si hay historia de vacunación TST o BCG positiva.

Resultados: negativos positivos Intermedios fecha que se obtuvieron: _____

3. Radiografía de tórax (se requiere si TST o IGRA es positivo)

Resultados: normales anormales (cualquier resultados anormales)

Fecha de la radiografía de pecho: _____

4. Cualquier otros resultados: _____

Nombre del Proveedor: _____ Firma: _____ Fecha: _____