
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (EN IMPRENTA)

FECHA DE NACIMIENTO

POR FAVOR RESPONDA A TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. ¿Su hijo/a nació en África, Asia, América Latina o Europa del Este?
 Si No
2. ¿Su hijo/a ha viajado a o permanecido en África, Asia, América Latina o Europa del Este durante más de 1 semana?
 Si No
3. ¿Su hijo/a ha estado expuesto a cualquier persona con tuberculosis activa?
 Si No
4. ¿Su hijo/a tiene contacto cercano con una persona que tiene una prueba de la tuberculina positiva?
 Si No
5. ¿Su hijo/a pasa tiempo con gente que ha estado en la cárcel (o prisión) o un refugio, usa drogas ilegales o tiene VIH?
 Si No
6. ¿Su hijo/a ha bebido leche cruda o comido queso no pasteurizado?
 Si No
7. ¿Su hijo tiene un miembro de la familia que nació en África, Asia, América Latina o Europa del Este?
 Si No
8. ¿Su hijo tiene un miembro de la familia que ha viajado a África, Asia, América Latina o Europa del Este?
 Si No

El niño/a ha sido revisado por su pediatra o proveedor de salud. Basándose en los resultados del Cuestionario de Evaluación de Riesgo de tuberculosis, el niño/a:

- No necesita una prueba cutánea de Tuberculosis (TB).
 Necesita una prueba cutánea de Tuberculosis (TB).

Fecha de finalización del Formulario: _____ / _____ / _____

 Firma del Padre/ Representante legal