

**EVALUACION DE RIESGO DE TUBERCULOSIS - CONFIDENCIAL**

**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 : \_\_\_\_\_

## POLIZA DEL CONSEJO ESCOLAR PARA LOS REQUISITOS DE PROYECCION DE TUBERCULOSIS

I. Estudiantes que entran a la escuela por la primera vez o están regresando después de tres meses fuera de los Estados Unidos tendrán que presentar documentación de un doctor con licencia, enfermera en prácticas, asistente de doctor o enfermera registrada antes de entrar de un:

A. Evaluación de Riesgo de TB que documente un bajo riesgo de TB. Todas las respuestas en la evaluación deberían de ser negativa. La vacuna de BCG no excluye el estudiante de seguir el siguiente protocolo. – **O** –

B. Documentación de un prueba de TB negativa de piel (Mantoux) o determinación de liberación de interferon gamma durante los últimos 12 mese o después de ser expuestos – **O** –

C. Documentación escrita de haber terminado un tratamiento de tuberculosis activa.

II. Los estudiantes serán excluidos de la escuela hasta que el requisito de la poliza de TB sea llenada. Como parte de la evaluación de riesgo de TB, hay preguntas hechas acerca de lo define un “país de alto predominio” para el propósito de completar la evaluación de riesgo y para determinar que recibirá una prueba de tuberculosis (una prueba de piel de tuberculina o determinación de liberación de interferon gamma).

III. Países con un bajo riesgo de tuberculosis (definido como menos de 20 casos por cada 100,000 personas)

<b>Lista de las Excepciones Actual – 2015 de Marzo</b> (números de casos del Reporte Global del WHO 2014) <b>Prueba de Infección de TB latente solo si hay síntomas o riesgos adicionales están presentes</b>					
<b>Región Africana</b>	<b>Región Americana</b>	<b>Mediterráneo Este</b>	<b>Región Europea</b>	<b>Región Pacífica</b>	<b>Región del Sureste Asiático</b>
Egipto	Antigua & Barbuda Antillas Aruba Bahamas Barbados Bonaire, Saint Estatuís and Saba Canadá Islas Caimán Chile Costa Rica Cuba Curasao Dominica Estados Unidos Granada Jamaica Montserrat Puerto Rico San Kitts & Nevis San Lucia Sint Maarten (Dutch Part) Islas Turcas & Caicos Islas Vírgenes EEUU	Bahréin Israel Jordán Lebanon Omán Arabia Saudita Republica de Siria Árabe Emiratos Árabes Unidos Banco del Oeste y Franja de Gaza	Albania Andorra Austria Bélgica Croacia Ciprés Republica Checa Dinamarca Finlandia Republica Yugoslava de Macedonia Francia Alemania Grecia Hungría Islandia Irlanda Italia Luxemburgo Malta Mónaco Países Bajos Noruega San Marino Serbia Eslovaquia España Suiza Turquía Reino Unido	América Samoa Australia Islas Cook Japón Nueva Caledonia Nueva Zelandia Niue Samoa Tokelau Tonga Islas Wallis & Futuna	No hay países