

Distrito Escolar del Area de Norristown

Prueba de la Tuberculosis

_____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

País de nacimiento: _____

¿Cuándo llegó a los Estados Unidos? Mes _____ Año _____

Ha viajado fuera de los Estados Unidos? _____ Si _____ No Si su respuesta es afirmativa:

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuánto Tiempo? _____

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo

Marque una opción- Sí o No

1. ¿Ha recibido su hijo una prueba de piel para la Tuberculosis? _____ Si _____ No

Si su respuesta es afirmativa: Fecha en que fue administrada ____/____/____

Resultado: _____

2. ¿Ha recibido su hijo medicina para tratamiento de la tuberculosis o para una prueba de piel positiva? _____ Si _____ No

Si su respuesta es afirmativa: Fecha ____/____/____

3. ¿Ha tenido su hijo contacto con alguna persona con Tuberculosis? _____ Si _____ No

4. ¿Ha recibido su hijo una prueba de sangre para detección del virus de SIDA? _____ Si _____ No

Si su respuesta es afirmativa: Fecha en que fue administrada ____/____/____ Resultado: _____

5. ¿Ha estado su hijo en prisión, centro de detención, albergue o refugio? _____ Si _____ No

Reviewed by Registrar: _____ Date: _____

Signature of Registrar