

TB (Tuberculosis) Risk Assessment

*** You (your child) may be at increased risk for TB if you answer YES to any of the following questions:**

	Date / /	Date / /	Date / /	Date / /				
1. Do you have a family member or close contact with history of confirmed or suspected TB?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Are you from Asia, Africa, Central America or South America? (These areas have a higher prevalence of TB.)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Do you (does your child) live in an “out of home” placement facility?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Do you (does your child) have a history of confirmed or suspected HIV infection?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Do you (does your child) live with any individual who is HIV positive?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Have you been, or do you (does your child) live with any individual who has been incarcerated in the last 5 years?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Do you (does your child) live among, or are you (is he/she) frequently exposed to individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or resident in a nursing home.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

* A person who is at increased risk for TB should have a yearly TB test.
(All children are tested routinely for TB at 4-5 years, 13-16 years, regardless of risk)

Name: _____

Date: _____

Evaluando el Riesgo de Poder Contraer “TB” (Tuberculosis)

*** Sus hijos pueden tener un riesgo muy alto de poder contraer “TB” si contesta en informa afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas:**

	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /
1. Existe algun contacto cercano o algun miembro de la familia que haya sido declarado enfermo de TB o que se sospeche tener esta enfermedad?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Cuando emigraron a este pais lo hicieron de Asia, Africa, America Central de Sudamerica? (en estas reginoes del mundo existe un porcentaje muy alto de este enfermedad)	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Acaso usted (o su hijo/a) se encuentra viviendo temporalmente en un hogar o local sostenido por el gobierno o asistencia social?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Acaso usted (o su hijo/a) haya sido, diagnosticado(a) con algun tipo de infeccion como el sida?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Acaso usted (o su hijo/a) haya sido declarado positivo con el examen del sida?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Acaso usted (o su hijo/a) vive con adultos que hayan estado presos or cualquier motivo en los ultimos 5 anos?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Acaso usted (o su hijo/a) vive o se asocia frecuentemente con personas que viven en las calles, que sean trabajadores temporales del campo, utilicen drogas ilicitas inyectables o que residan en asilos o en hospitals de convalescencia?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*Cualquir persona que tiene un alto riesgo de contraer /tb debe hacerse el examen de la tuberculosis cara año, (se les examina los 4 y 5 años y de los 13 a 16 años)

¡Recuerde que este examen es muy sencillo y pareciera que esta recibiendo una vacuan pero debe ser revisado por personal medico en un periodo de 2 a 3 dias, este proceso es muy importante y no debe olivarse, de otra manera el examen no tiene validez alguna!

Nombre: _____

Fecha: _____