



para Empleados Escolares de California

(para empleados, voluntarios y contratistas de escuelas de Prekínder, K-12 y colegios comunitarios)

- El uso de este cuestionario es requerido por las secciones 49406 y 87408.6 del Código de Educación de California y las secciones 1597.055 y 121525-121555 del Código de Salud y Seguridad. ^
- El propósito de esta herramienta es identificar adultos con tuberculosis infecciosa (TB) para evitar que difundan la enfermedad.
- **No repita la prueba** a menos que haya **nuevos factores de riesgo desde la última prueba negativa**.
- **No tratar la infección de TB latente (LTBI) hasta que se haya excluido la enfermedad de TB activa:**
Para las personas con signos o síntomas de la enfermedad de TB o radiografía de tórax anormal compatible con la enfermedad de TB, evalúe la enfermedad de TB activa con una radiografía de tórax, un examen de síntomas y, si está indicado, frotis de BAAR de esputo, cultivos y pruebas de amplificación de ácido nucleico. Una prueba cutánea de tuberculina (TST) negativa o un ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) no descartan la enfermedad de tuberculosis activa.

Nombre de la persona evaluada para factores de riesgo de TB: _____

Fecha de evaluación: _____

Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes de enfermedad o infección de tuberculosis (Marque la casilla correspondiente a continuación)

Sí

- Si hay un historial documentado de prueba de TB positiva o enfermedad de TB, un médico, asistente médico o enfermera practicante debe realizar una revisión de los síntomas y una radiografía de tórax (si no se realizó ninguna en los 6 meses anteriores) en la contratación inicial. Si la radiografía no tiene evidencia de TB, ya no se requiere que la persona se someta a una evaluación de riesgo de TB o que se le repitan las radiografías de tórax.

No (Evalúe los factores de riesgo de la tuberculosis utilizando el cuadro a continuación)

Se recomienda la prueba de TB si se marca alguna de las 3 casillas a continuación

Uno o más signos o síntomas de la enfermedad de TB

- Los síntomas de la TB incluyen tos prolongada, tos con sangre, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso o fatiga excesiva.

Nacimiento, viaje o residencia en un país con una tasa elevada de TB durante al menos 1 mes

- Incluye países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o países del norte y oeste de Europa.
- Se prefiere el ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) a la prueba cutánea de la tuberculina (TST) para personas no nacidas en los EE. UU.

Contacto cercano a alguien con la enfermedad de TB infecciosa durante la vida

Tratar para LTBI si el resultado de la prueba de TB es positivo y se descarta la enfermedad de TB activa

^ La ley exige que un proveedor de atención médica administre este cuestionario. Un proveedor de atención médica, tal como se define para este propósito, es cualquier organización, centro, institución o persona con licencia, certificación o de otra manera autorizada o permitida por la ley estatal para brindar o proporcionar servicios de salud. Se debe completar un Certificado de finalización después de completar la evaluación (página 3).



Certificate of Completion Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination

To satisfy **job-related requirements** in the California Education Code, Sections 49406 and 87408.6 and the California Health and Safety Code, Sections 1597.055, 121525, 121545 and 121555.

First and Last Name of the person assessed and/or examined:

Date of assessment and/or examination: _____ mo./_____ day/_____ yr.

Date of Birth: _____ mo./_____ day/_____ yr.

The above named patient has submitted to a tuberculosis risk assessment. The patient does not have risk factors, or if tuberculosis risk factors were identified, the patient has been examined and determined to be free of infectious tuberculosis.

X _____

Signature of Health Care Provider completing the risk assessment and/or examination

Please print, place label or stamp with Health Care Provider Name and Address (include Number, Street, City, State, and Zip Code):