



Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah

Forma para Prueba de Tuberculosis

Toda la información es estrictamente confidencial

INFORMACION DEL CLIENTE:

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Apellido de Soltera de la Madre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle/Buzón Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono: () _____ - _____ Circule uno: Casa Celular Trabajo

Teléfono: () _____ - _____ Circule uno: Casa Celular Trabajo

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Género: ☐ Hombre ☐ Mujer
Mes Día año

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Nativo Indio ☐ Nativo Hawaiano/Isla del Pacífico ☐ Otro

Es usted Hispano o Latino? ☐ Si ☐ No Medicaid: ☐ Si ☐ No

Misma Persona: ☐ Si o Organización a cobrar por los servicios de hoy: _____

¿Ha recibido la persona alguna vacuna en las últimas 4 semanas? ☐ Si ☐ No

¿Ha recibido la persona la vacuna contra la tuberculosis (**Bacillus de Calmette y Guérin – BCG**)? ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis latente o activa? ☐ Si ☐ No

¿Ha recibido tratamiento para la tuberculosis? ☐ Si ☐ No

Fecha de la prueba: _____ Resultado: _____

Yo certifico que la información que he dado es verdadera y correcta. Yo entiendo que la prueba de tuberculosis deberá ser leída entre 48 – 72 horas. Yo estoy de acuerdo que esta información sea compartida con escuelas, centro de cuidado de niños, clínicas de Doctores y otros cuando sea medicamente necesario. POR ESTE MEDIO YO LIBERO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA Y A SUS EMPLEADOS DE CUALQUIER RECLAMACION QUE SURGIEREN DE LA PRUEBA DE TUBERCULOSIS. Debemos informarle de las prácticas de privacidad por la información que hemos recibido y mantendremos de usted. Se me ha ofrecido una copia de información de las prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de como esta información puede ser usada.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente: ☐ Sí mismo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor legal ☐ Otro _____

Para uso del Departamento de Salud solamente

☐ PPD

Date Placed: _____ Time: _____ JHP Aplisol PPD 5 TU/0.1ml, Lot #: _____ Site: LFA RFA Nurse: _____

Date Read: _____ Time: _____ mm Results: _____ Person Reading Results: _____

Referred to: _____

☐ TB Screening Questionnaire

Nurse: _____

☐ QFT Referral

Nurse: _____