

San Mateo Union High School District



TUBERCULOSIS CLEARANCE FORM

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DEL CERTIFICADO DE AUSENCIA DE TUBERCULOSIS

Estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Estimados padres:

Su estudiante eligió participar en un programa escolar que requiere un certificado de ausencia de tuberculosis, según se detalla a continuación:

- Los estudiantes adolescentes que trabajan con niños del preescolar (por ejemplo, guarderías, programas de jardín de niños) o niños de la escuela primaria (servicio escolar/comunitario) deberán presentar **anualmente** un certificado de ausencia de tuberculosis.
- Los estudiantes adolescentes que trabajan como empleados de la escuela (Departamento de alimentos y/o *Workability*) deberán presentar **cada cuatro años** un certificado de ausencia de tuberculosis.

El requisito se habrá cumplido cuando se presente un certificado de ausencia de tuberculosis **escrito por un médico**, dentro de los plazos mencionados arriba.

El certificado de la prueba de tuberculina puede solicitarse al médico de su estudiante o en una clínica.

PHYSICIAN'S REPORT OF TUBERCULOSIS CLEARANCE

Name: _____

Birthdate: _____

TST/P.P.D. Date: _____ Result: _____

X-Ray Date: _____ Result: _____

QuantiFERON Date: _____ Result: _____

Recommendations: INH _____ mg/daily for 9 months.

Date Started: _____ Date Completed: _____

Remarks: _____

Signature of Physician/Clinic

NAME:
ADDRESS:
PHONE:

STAMP or AFFIX PROVIDER NAME AND CONTACT INFORMATION

NOT VALID UNLESS STAMPED

Health Office review/approval _____ Date: _____

Signature of Health Aide or Health Services