



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MORGAN HILL

Registro y Reconocimiento de Voluntarios Escolares para el

Año Escolar 2025 - 2026

(Para Voluntarios Nuevos y Previos)

Voluntario Previo: Cada año escolar usted debe completar este formulario, completar la capacitación requerida de una (1) hora en línea (nuevo requisito) y obtener un nuevo carnet de nuestro Departamento de Recursos Humanos en la Oficina del Distrito.

Voluntario Nuevo: Complete este formulario, obtenga la aprobación del personal de la oficina de la escuela, preséntese en el Departamento de Recursos Humanos en la Oficina del Distrito para que le tomen las huellas dactilares, haga que su médico complete el formulario de Evaluación de riesgo de tuberculosis, complete la capacitación requerida de una (1) hora en línea y obtenga su carnet de voluntario.

****Todos los voluntarios deben ser aprobados por el Departamento de Recursos Humanos de MHUSD, 15600 Concord Cir., Morgan Hill. (408)201-6000****

****Los resultados de la autorización de huellas dactilares pueden tardar entre 7 y 10 días hábiles****

****Los carnet de voluntarios deben renovarse anualmente****

Escuela: _____

Nombre del Voluntario/a: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (____) _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: (____) _____

Quisiera ser voluntario para: _____

Nombre del Estudiante: _____ #ID: _____ Año Escolar/Maestro: _____

Nombre del Estudiante: _____ #ID: _____ Año Escolar/Maestro: _____

Con sus iniciales, verifique que ha leído y entendido lo siguiente:

_____ En consideración a mi trabajo como voluntario, como se describe anteriormente, comprendo que no estoy entrando en una relación laboral con el Distrito y que no tengo derecho a recibir un salario ni ningún beneficio para empleados, incluida la compensación para trabajadores. Comprendo que tanto el Distrito como yo podemos terminar esta relación de voluntariado en cualquier momento sin previo aviso y debo devolver mi insignia de voluntario a la escuela de mi hijo/a.

_____ Certifico que no estoy registrado como delincuente sexual en conformidad con la Sección 290 del Código Penal.

_____ Entiendo que si me ofrezco como voluntario para manejar, se requerirá una verificación adicional. He revisado y acepto cumplir con las normas de prevención de abuso infantil y las políticas de acoso sexual que se encuentran en el manual para estudiantes y padres o en el sitio web del Distrito.

Firma del Voluntario: _____ **Fecha:** _____

Aprobación del personal de la oficina de la escuela: _____ **Fecha:** _____

Firma de Recursos Humanos: _____ **Fecha:** _____

Una vez que se cumplan todos los requisitos, el Departamento de Recursos Humanos le notificará para que recoja su carnet de voluntario.



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):



California School Employee Tuberculosis (TB) Risk Assessment Questionnaire



(for pre-K, K-12 schools and community college employees, volunteers and contractors)

- Use of this questionnaire is required by California Education Code sections 49406 and 87408.6, and Health and Safety Code sections 1597.055 and 121525-121555.[^]
- The purpose of this tool is to identify **adults** with infectious tuberculosis (TB) to prevent them from spreading disease.
- **Do not repeat testing unless there are new risk factors since the last negative test.**
- **Do not treat for latent TB infection (LTBI) until active TB disease has been excluded:**
For individuals with signs or symptoms of TB disease or abnormal chest x-ray consistent with TB disease, evaluate for active TB disease with a chest x-ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing. A negative tuberculin skin test (TST) or interferon gamma release assay (IGRA) does not rule out active TB disease.

Name of Person Assessed for TB Risk Factors: _____

Assessment Date: _____

Date of Birth: _____

History of Tuberculosis Disease or Infection (Check appropriate box below)

- Yes**
- If there is a documented history of positive TB test or TB disease, then a symptom review and chest x-ray (if none performed in the previous 6 months) should be performed at initial hire by a physician, physician assistant, or nurse practitioner. If the x-ray does not have evidence of TB, the person is no longer required to submit to a TB risk assessment or repeat chest x-rays.
- No** (Assess for Risk Factors for Tuberculosis using box below)

TB testing is recommended if any of the 3 boxes below are checked

- One or more sign(s) or symptom(s) of TB disease**
- TB symptoms include prolonged cough, coughing up blood, fever, night sweats, weight loss, or excessive fatigue.
- Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month
- Includes countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or Western and North European countries.
 - Interferon gamma release assay (IGRA) is preferred over tuberculin skin test (TST) for non-US-born persons.
- Close contact** to someone with infectious TB disease during lifetime

Treat for LTBI if TB test result is positive and active TB disease is ruled out

[^]The law requires that a health care provider administer this questionnaire. A health care provider, as defined for this purpose, is any organization, facility, institution or person licensed, certified or otherwise authorized or permitted by state law to deliver or furnish health services. A Certificate of Completion should be completed after screening is completed (page 3).