Screening Created by PD 16 School Health TEAM

Evaluación De Riesgo de Tuberculosis para Todos los Nuevos Estudiantes - CONFIDENCIAL

NOMBRE:_____ **GRADO/ESCUELA:** _____

PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:**_____

Código de Virginia 22.1-300 recomienda que la prueba de tuberculosis (TB) se realice en todo individuo que pueda estar en un alto riesgo de TB. Por favor complete la siguiente evaluación de riesgos a continuación O proporcione documentación de una prueba negativa de tuberculosis en los últimos 3 meses, o documentación del tratamiento sin síntomas actuales.

1. ¿Nació el estudiante en un país fuera de los Estados Unidos?
   ____No ____Si ¿Qué país? _____
2. ¿Es el padre/tutor/encargado(a) de un país fuera de los Estados Unidos?
   _____No _____Si ¿Qué país? _____
3. ¿Ha pasado el estudiante tres meses consecutives o más en un país extranjero?
   ____No ____Si ¿Cual país? _____
4. ¿Ha estado el estudiante expuesto a/o en contacto con una persona que se sabe tiene tuberculosis infecciosa?
   ____No ____Si ¿Quien? _____
5. ¿Ha estado el estudiante sin techo/encarcelado, o ha vivido en un refugio por los pasados dos años?
   ____No ____Si
6. ¿Vive o trabaja el estudiante en un albergue, facilidad correccional, hogar de ancianos, o en un centro de atención a largo plazo?
   ____No ____Si
7. Estudiantes de **6 años o más:** El estudiante tiene alguno de los siguientes: tos persistente, tos con sangre, fiebre por más de una semana, pérdida de peso inexplicable, sin apetito, sudores nocturnos, ¿o fatiga?
   _____No ____Si Si contesto “si” por favor explique: _____
   Estudiantes bajo **6 años:** El estudiante tiene alguno de los siguientes: tos persistente, fiebre por más de una semana, sibilancia o jadeo, sin apetito, retraso de crecimiento (problema para mantener o ganar peso), disminución de actividad/entusiasmo/energía, inflamación de nódulos linfáticos (cuello, ingle, axila), cambios en la personalidad?
   _____No ____Si Si contesto “si”, por favor explique: _____
8. ¿Esta el estudiante tomando en este momento medicamentos orales de esteroide (que no sea inhalador), tratamiento de drogas para cáncer u otro medicamento que pueda debilitar el sistema inmunológico de el/ella?
   ____No ____Si Si contesto “si”, por favor explique: _____
9. ¿Alguna vez el estudiante ha tenido una prueba positiva de TB o ha sido tratado por enfermedad de TB activa o infección de TB latente?
   ____No ____Si Si contesto “si”, por favor proveer detalles: _____
10. ¿Tiene el estudiante alguna de las siguientes condiciones médicas (Circule sí o no)?

Diabetes		No	Si	Silicosis	No	Si
Malnutrición		No	Si	Baipás de Jejunoile	No	Si
Cáncer Cabeza/Cuello		No	Si	Trasplante de órganos	No	Si
Fallo Renal Crónico o Hemodiálisis		No	Si	VIH	No	Si
Inmunodeficiencia Congénita o Adquirida		No	Si	Uso de drogas inyectables	No	Si
Gastrectomía		No	Si			

(INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD)

INSTRUCTIONS FOR HEALTHCARE PROVIDER: Please complete the following when the risk assessment contains one or more positive (yes) answers & return to the school nurse.

Date of TB test:_____ Type of TB Test: TB skin test **OR** IGRA (interferon gamma release assay) Test result:_____mm induration (for TST) **OR** IGRA result: Positive Negative Indeterminate / CXR ordered? No ____ Yes ____ -If yes, result:

_____

Treatment provided? No____ Yes _____ If yes, what? _____

Name of Health Care Provider (please print):

_____

Address: _____

Telephone: _____

Signature: _____

POLITICA DE LA JUNTA ESCOLAR PARA LOS REQUISITOS DE DETECCION DE TUBERCULOSIS

I. Los estudiantes que ingresan a la escuela por primera vez o que regresan después de tres meses fuera de los Estados Unidos deben proporcionar documentación de un médico, enfermera practicante, asistente médico o enfermera registrada con licencia antes de ingresar a:

A. Evaluación del riesgo de tuberculosis que documenta el bajo riesgo de enfermedad de tuberculosis. Todas las respuestas a la Evaluación de Riesgos deben ser negativas. La vacunación BCG no excluye al estudiante de seguir el protocolo. **– O –**

B. Documentación de un resultado negativo en una prueba cutánea (piel) de TB (Mantoux) o en un ensayo DE liberación de interferón gamma en los últimos 12 meses o después de la exposición.

– O –

C. Documentación escrita de haber completado con éxito el tratamiento para la enfermedad de TB activa.

II. Los estudiantes serán excluidos de la escuela hasta que se cumpla con el requisito sobre la política de tuberculosis. Como parte de la evaluación de riesgo y del proceso de selección selectiva, surgen preguntas sobre la definición de “país de alta prevalencia” a los efectos de completar la herramienta de evaluación de riesgos y determinar quien debe recibir una prueba de tuberculosis (ya sea una prueba cutánea de tuberculina (TST) o una prueba de liberación de interferón gamma (IGRA).