DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BURBANK

REFERENCIA AL EQUIPO PREESCOLAR

"CUESTIONARIO PARA PADRES"

Año Escolar _____
Fecha _____

PARTE A – DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Estudiante _____ Sexo_____ Fecha de nacimiento _____ C.A. _____ C.A.G.P. _____
Apellido Nombre Inicial

Escuela donde Asiste _____ Grado _____ Idioma Natal _____ CEP ☐ FEPP ☐

Nombre del Padre _____ Dirección _____ Teléfono: Trabajo _____
Teléfono: Domicilio _____

Origen de Referencia _____
Nombre Título Firma

PARTE B – ÁREAS DE PREOCUPACIÓN
(Marque solamente las opciones que aplique)

RENDIMIENTO ACADÉMICO
Desempeña significativamente inferior al nivel de edad in las siguientes áreas:
( ) a. Comprensión de Lectura.
( ) b. Precisión de Lectura.
( ) c. Cómputo Matemático.
( ) d. Razonamiento Matemático
( ) e. Expresión Escrita.

HABILIDADES DEL HABLA/LENGUAJE
( ) a. Tiene dificultad en entender direcciones, preguntas, y comandos.
( ) b. Tiene dificultad en expresar pensamientos y sentimientos y/o en formular oraciones.
( ) c. Presenta problemas de articulación y/o voz.
( ) d. Parece tartamudear.

HABILIDADES PSICOMOTORAS/PERCEPTUALES
( ) a. Tiene dificultad en la letra manuscrita/letra de molde.
( ) b. Demuestra dificultad en movimientos de ojo/mano.
( ) c. Equilibrio deficiente.
( ) d. Presenta reversión, distorsión, tiene dificultad en hacer juego los diseños, etc.
( ) e. Tiene dificultad en desempeñas actividades de músculos grandes.

CAPACIDAD INTELECTUAL/COGNITIVA
( ) a. Parece tener por lo menos capacidades promedias, pero demuestra bajo rendimiento académico.
( ) b. Parece ser un niño con lento aprendizaje con pocas áreas de fortaleza relativa.
( ) c. Parece ser muy listo.

DESARROLLO SOCIAL/EMOCIONAL
( ) a. Demuestra concepto de sí mismo inadecuado.
( ) b. Tiene dificultad con las relaciones con los compañeros.
( ) c. Presenta problemas de comportamiento: (Subrayar aquellos apropiados) desafiante, destructivo, fácilmente distraído, lapso corto de atención.
( ) d. No puede trabajar de manera independiente.
( ) e. Carece de motivación.
( ) f. Muestra senas de nerviosismo excesivo (tics, muerde las uñas, movimientos nerviosos, etc.)
( ) g. Presenta comportamiento cíclico (días buenos, días malos, etc.)

HABILIDADES PRE VOCACIONALES/VOCACIONALES
( ) a. Esta a menudo ausente
( ) b. Esta a menudo tarde
( ) c. Malos hábitos de trabajo (salón de clase, tarea, etc.)
( ) d. Carece de responsabilidad (Describa)

_____

SALUD Y DESARROLLO
( ) a. Tiene problema(s) médico conocido _____
( ) b. Esta recibiendo medicamento (Nombre y propósito) _____
_____
_____
_____
( ) c. Parece tener problemas visuales.
( ) d. Parece tener problemas auditivos.

COMENTARIOS: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

NIÑO/A _____ SOBRENOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____
Hogar Trabajo Celular/Localizador

PADRE(S)/TUTORES LEGALES _____

POR FAVOR ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

NOMBRE	SEXO	EDAD	PARENTESCO CON EL NIÑO

IDIOMA NATAL DEL NIÑO _____ IDIOMA(S) EN EL HOGAR _____

¿El padre/madre que no vive en el hogar tiene custodia/visitación?

NO _____ SI _____ NOMBRE _____

¿Esta su niño regularmente siendo cuidado por alguien más? (por ej., abuelo, niñera, guardería)

NO _____ SI _____ Número de horas/día _____ Idioma(s) usado por la cuidadora _____

RAZÓN PARA LA REFERENCIA: _____

EVALUACIONES Y RESULTADOS PREVIOS: _____

¿SE LE HA DADO A SU HIJO UN DIAGNÓSTICO? NO _____ SI _____ DIAGNÓSTICO _____

HISTORIAL DE LOS PADRES

Condición de salud de la Madre durante el embarazo: _____

Complicaciones/Enfermedades/Accidentes durante el embarazo: _____

Medicamentos/Otras sustancias tomadas durante el embarazo: _____

Tipo de parto NORMAL _____ CESARÍA _____ DE NALGAS _____ FÓRCEPS _____

Duración del Embarazo _____ Peso al nacer _____

¿Tuvo el bebé algunas complicaciones durante o después de nacer?

No complicaciones _____ Falta de oxígeno _____ Incubadora _____ Convulsiones _____ Otra _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

A que edad su niño realizó lo siguiente:

Sentarse _____ Alimentarse con los dedos _____

Gatear _____ Vestirse el mismo _____

Pararse _____ Entrenado para ir a orinar _____

Caminar _____ Entrenado para ir a defecar _____

¿Alguna preocupación acerca del desarrollo físico de su hijo? NO _____ SI _____ De ser si, explique:

_____

¿Demuestra su niño interés en dibujar, colorear, trabajar con las manos? NO _____ SI _____ De ser si, ¿qué le gusta hacer? _____

¿Tiene usted alguna preocupación acerca de la habilidad de su niño para caminar, correr, saltar, lanzar, patear, etc.? NO _____ SI _____

PREOCUPACIÓN: _____

¿Tiene usted alguna preocupación acerca del progreso de su niño en comer, dormir, usar el baño? NO _____ SI _____

PREOCUPACIÓN: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO/A

Salud General: BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

Enfermedades/Condiciones crónicas: _____

¿Alguna infección de oído? NO _____ SI _____ Frecuencia _____

¿Esta usted preocupada acerca de la audición de su hijo? NO _____ SI _____ ¿Alguna vez ha sido examinada la capacidad auditiva de su hijo/a? NO _____ SI _____

RESULTADOS _____

¿Esta usted preocupada acerca de la vista de su hijo? NO _____ SI _____ ¿Alguna vez ha sido examinada la capacidad visual de su hijo/a? NO _____ SI _____

RESULTADOS _____

Ha tenido su niño/a: Accidente grave _____ Operaciones _____ Convulsiones _____ Fiebre alta (más de 104) _____ Por favor explique: _____

_____

PEDIATRA DEL NIÑO/A _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

¿Esta su niño/a tomando algunas medicinas? NO _____ SI _____

Otros asuntos de salud: _____

_____

HISTORIAL DEL HABLA/LENGUAJE

¿Tiene usted algunas preocupaciones acerca del habla y lenguaje de su hijo/a? NO _____ SI _____ Por favor describa el habla y lenguaje de su hijo/a: _____

_____

_____

A que edad su hijo/a:

Balbuceo _____ Dijo su primera palabra _____

Puso dos palabras juntas _____ Usó oraciones completas _____

Edad de su hijo cuando usted comenzó a preocuparse acerca del habla/lenguaje de su niño/a: N/A _____ Edad _____

Por favor marque todo lo que aplica a su hijo/a:

_____ no pronuncia bien las palabras
_____ tartamudea
_____ habla muy rápido
_____ añade sonidos adicionales
_____ responde a sonidos en el ambiente (timbre de la puerta, TV, etc.)
_____ omite sonidos en palabras
_____ omite palabras en oraciones
_____ omite las terminaciones de las palabras
_____ usa gestos en vez del habla

¿Qué hace usted cuando no puede entender a su hijo/a? _____

_____

¿Cómo reacciona su hijo/a cuando usted no puede entenderlo? _____

_____

¿Cuál de lo siguiente describe la habilidad de su niño/a para entender el habla?

_____ no entiende lo que se dice
_____ entiende lo que se dice si el hablante usa gestos
_____ entiende claramente todo lo que se dice
_____ entiende un poco de lo que se dice
_____ entiende declaraciones conocidas o preguntas

¿Cuál de lo siguiente describe la habilidad de su niño/a para expresarse?

_____ no utiliza el habla o gestos para comunicarse
_____ usa habla, principalmente una sola palabra
_____ entiende claramente todo lo que se dice.
_____ usa gestos o movimientos, pero habla nula
_____ oraciones son entendidas por gente que él/ella conoce bien, pero no por otros.

Calidad de la voz del niño/a: NORMAL _____ DEMASIADA SUAVE _____ DEMASIADA ALTA _____

¿Existen otras preocupaciones acerca de la habilidad de su niño/a para comunicarse? _____

_____

_____

¿Qué ha realizado usted para ayudar a su niño/a? _____

_____

_____

_____

COMPORTAMIENTO GENERAL

¿Tiene usted preocupaciones significativas acerca del comportamiento de su niño/a o habilidades sociales? NO _____ SI _____ PREOCUPACIONES: _____

_____

_____

¿Es su niño/a fácil/difícil de manejar? _____

¿Cuáles son las actividades favoritas de su niño/a? _____

¿Qué hace él/ella con sus juguetes favoritos? _____

¿Cómo se comporta su niño/a en lugares públicos? _____

Por favor marque cualquiera de lo siguiente que aplica a su niño/a:

_____ nervioso	_____ chupa el pulgar	_____ miedos poco comunes
_____ compañeros no disponibles	_____ hiperactivo/inquieto	_____ terco
_____ juega bien con los compañeros	_____ pesadillas	_____ llora fácilmente
_____ berrinches	_____ tímido	_____ destructivo
_____ lapso corto de atención	_____ le gusta la escuela	_____ amigable
_____ demanda mucha atención	_____ fácilmente se frustra	_____ susceptible

¿Quién pasa el mayor tiempo con su niño/a? _____

¿Quién disciplina a su niño/a? _____

¿Cómo disciplina a su niño/a? _____

¿Algún otro profesional le ha expresado alguna preocupación acerca de su niño/a? NO _____ SI _____ PREOCUPACIÓN(S): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____	_____	_____
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	FIRMA	FECHA



Burbank Unified School District

Enrollment Information - Ethnicity Survey

Federal and State government agencies require us to report statistical data relative to total student population of district schools. The following information **will be** handled confidentially and will appear only as a code on other records.

Please Print

Date_____ School _____

Student Name Last First Middle

Birthdate_____ Country of Birth_____

WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY? (Please check one):

D **Hispanic/Latino -(A** person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)

D **Not Hispanic or Latino**

WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? (Please check up to five racial categories):

The above part of the question Is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, you must answer the following by marking one or more boxes to Indicate what you consider your chlld's race to be.

D American Indian or Alaskan Native (100)	D Laotian (206)	D Samoan (303)
D Chinese (201)	D Cambodian (207)	D Tahitian (304)
D Japanese(202)	D Hmong (208)	D Other Pacific Islander (399)
D Korean (203)	D Other Asian (299)	D Filipino/Filipino American (400)
D Vietnamese (204)	D **Hawaiian** (301)	D African American or Black (600)
D **Asian** Indian (205)	D Guamanian (302)	☐ White(700)

If you have questions regarding this information, please go to the following link: http://www.cJ e.ca. g,o v/ds /dc/es/refoq.asp - Frequently Asked Questions for the New Federal Standards for Collecting and Reporting Race and Ethnicity Categories.

The Uur!Dnk Unified School D1stne1 rs commiued ᴋJ JUo\,dmg a sarc school mvtronraen1 ,,here aU md1vtdW1.l1 m educ:u:ion .xc alf.ordcd equ.il AC"ces.s and opponuni1 es. The Dt:scr-Kt"s x.adcmic :indother eduC31iolUJ support **programs.** services nnd uuvitJ<S shall hc r,.., &om discr,.,.,.,...,n, **hot.. ,.... ,,,** "tlfflll<l>c,.,n, •nd bullyil\i o(;111y indmdval baled on the **peB011•s** actual r:,**ce**. color. onccury, """""al or,p, . ctbmc llfOup .i. ,m fic•uon,"**ll••** rcha.,n. m>rUl or rorental st•IUS. phy.,<ol ur menrol disob,tiry, sex. scx\UI 011<J11>1ioa. s,n dot, gmder idcn1ny, or s..... ,r .,,prm KJn; dJC pctcqttion of ottcor murc of sud1 , tt. tct1sttCS: Of assocl.lllon wnh a pttSUnor 1;roup v-•h one or moreuf1hcsc acn.W or perce1\-cd ch.irX1ermtc1. Spccifi lty. stale bw prc,h;brts Jncmmut,oa oa the bom*o(……* m **caollmCIO,** munsclin11, and the ov.»l.lbolny orphysu:al cJuc,r,o,..,ihictc..:1r.-.t1cs. **Ol>d**'l1<l'l • T•-<n<kf studmts sh>II bo permt1lcd lOpx11crp>1c m i;cndcr-sqp,g31cdsdiool prov,,m>:,,id""11V1ti.. **I• S**.,**>lhl<toc**,._ spons<01111i,:ui-.. **an.i** field u,p,J…S oo use r.c,111,n oonmtmt wnh 1hei, **…,.i.,** ,dt:ntny The Dis1nn …,,… ,h.. lxk ,,(English bnguog• sldUs**,.,n** not hc • bort1<l **to admi""o"** or po,1,t,p:10,,.,., Dts,rx:i **r**'''**ll**'**•**'''' CompbmlJ ofunl•wf"' d,scum,n:11100. 1t.,nu.,,.,.,, llllllmd, .,., or hltlly,ng.,. in•<S11ga1cJ lbroa;f,theUn1r0<111(0111JJl01n1 r rocm . Sud, coa,pb,nlJ must **be** filed no L11orlhon,,. months afiot blo-..lcdge*oi* 111,:,ll,egcd dcstnllllfll011on,..._fimob<oln«.I for **a** comploim tm ot :iddnion.1111\klrm,11,on, com:ict **tbe** d,n:ctorof lhlmon Resowces.

Signature of parenUguardian_____ Date _____

Actualización de Historia de Salud y Desarrollo

Estimados Padre/Tutor Legal,
Para estar preparados para la próxima reunión IEP para revisar el programa de educación especial de su hijo/a, la actualización de información de salud nos ayudará a satisfacer mejor las necesidades de su hijo/a en la escuela. Por favor responda TODAS las preguntas relacionadas con la salud de su hijo/a. Si es pertinente, por favor anexe todos los reportes de médicos especialistas.
Gracias,

Estudiante:_____Fecha de Nacimiento:_____ Fecha de Hoy: _____

Persona que completa el formulario:_____Relación: _____

Número de teléfono preferido: *( )*_____Correo Electrónico: _____

Medico Familiar Actual:_____Teléfono: ( )_____

Otro(s) Medico(s):_____Teléfono: ( )_____

Consejero/terapeuta actual (si aplica)_____Teléfono ( ) _____

Especialistas adicionales involucrados en el cuidado de su hijo/a:_____

_____

Mencione los tipos de servicios que su hijo/a recibe actualmente (p.ej. terapia del habla, PT, OT etc.):_____

Cuantas comidas al día come su hijo/a? _____

Está su hijo/a en una dieta especial? Si lo está por favor especifique _____

Come su hijo/a una variedad de alimentos (frutas, vegetales, carne, etc.)? _____

Tiene usted alguna preocupación acerca de la nutrición de su hijo/a? _____

Hora normal de ir a dormir entre semana_____PM Hora normal de ir a dormir en fin de semana _____ Normalmente despierta a _____AM □ por si solo/a

□ con alarma □ lo despierta uno de los padres o tutor legal

Mi hijo/a □ no tiene problemas para dormir □ dificultad para dormir o quedarse dormido □ dificultad para despertar □ pesadillas frecuentes

Su hijo/a usa lentes/gafas? □ No □ Si, para: □ Distancia □ Leer □ Todo el día

Fecha y resultados del último examen de la vista:_____

Quien llevo a cabo el examen (pediatra, optometrista, oftalmólogo):_____

Ha tenido su hijo/a infecciones de oído, tubos, o cualquier otro problema auditivo?_____

Su hijo/a usa algún dispositivo de ayuda auditiva? □ Si_____□ No

Fecha y resultados del último examen auditivo:____Quien llevó a cabo el examen (pediatra, audiólogo):_____

Tiene usted alguna preocupación acerca de la vista u oído de su hijo/a? □ Si_____□ No

Tiene su hijo/a algún problema dental?_____Fecha del último examen dental _____

Tiene su hijo/a alguna restricción de actividades? _____

Su hijo/a ha sido observado u hospitalizado debido a una lesión en la cabeza o concusión? □ Si □ No

Si responde que si, por favor explique _____

Su hijo/a ha tenido alguna enfermedad, lesión, cirugía u hospitalización seria? □ Si □ No

Si responde que si. Por favor explique, incluya la fecha aproximada, tratamiento, resultado.

_____

_____

_____

Por favor mencione los diagnósticos médicos y psiquiátricos actuales, o marque ☐ ***NINGUNO***

Diagnóstico	**Nombre del doctor/clínica que lo atendió**	**Fecha de la última visita**

Por favor mencione la lista de medicamentos actuales, o marque ☐ ***NINGUNO***

Nombre del medicamento	**Recetado para** (p. ej., asma, alergias, ADHD, convulsiones)	**Dósis** (mg, puffs)	**Cuando las toma** (por la mañana, cuando las necesite, dos veces al día, a la hora de dormir)

Por favor mencione todas las alergias que tiene (ambiente, comida, insectos, medicamentos, etc.) abajo,

o marque ☐ ***NINGUNA***

Alérgico/a a:	**Reacción** (nariz que escurre, comezón, urticaria, ronchas, dificultad para respirar, vomito, etc.)

Comentarios o Preocupaciones Adicionales

Por favor mencione cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos acerca de su hijo/a para satisfacer mejor sus necesidades y cualquier otra preocupación que tenga acerca de la salud, nutrición, vista, oído, o dental, etc. de su hijo/a.

County of Los Angeles Public Health
Tuberculosis Control Program

Pediatric Tuberculosis (TB) Risk Assessment

This tool is used to identify asymptomatic **children** for latent TB infection (LTBI) testing.

Check appropriate risk factor boxes below based on patient response.
Refer to pediatrician for LTBI testing (skin or blood test), if any of the 3 boxes below are checked.
If a LTBI test result is positive, and active TB disease is ruled out, LTBI treatment is recommended.

☐ **Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month

- Includes any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe
- If resources require prioritization within this group, prioritize patients with at least one medical risk for progression (see the California Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide for this list).
- Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-US born persons ≥2 years old

☐ **Immunosuppression,** current or planned

- HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids (equivalent of prednisone ≥2 mg/kg/day, or ≥15 mg/day for ≥2 weeks) or other immunosuppressive medication

☐ **Close contact** to someone with infectious TB disease at any time

- The Centers for Disease Control and Prevention indicates that the investigation of contacts and treatment of infected contacts is an important component of the U.S. strategy for TB elimination.

- Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last risk assessment. *If initial negative screening test occurred prior to 6 months of age, repeat testing should occur at age 6 months or older.*
- For children with TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active 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 or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.*
- Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.

See the **Pediatric TB Risk Assessment User Guide** below for more detailed information about this tool.

Provider: _____

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

(Place sticker here if applicable)

For the most current version, go to the PEDIATRIC TB RISK ASSESSMENT at: http://publichealth.lacounty.gov/tb/TBTesting.htm

Tuberculosis Clearance Form

This satisfies requirements in the California Education Code, and the California Health and Safety Code.

Certificate of Completion of Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination

Date of TB risk assessment and/or examination: _____month/____day/_____year

First and Last Name of the patient assessed and/or examined: _____

Date of Birth: _____month/____day/_____year

The patient named above has submitted to a pediatric tuberculosis risk assessment. The patient does not have risk factors, or if tuberculosis risk factors were identified, the patient has had a TB skin test (TST) or TB blood test (IGRA), and chest x-ray (CXR) if indicated, and upon exam determined to be free of infectious tuberculosis. The patient is cleared to attend school.

Please print, place label or stamp with Health Care Provider information below:

_____

Name of Health Care Provider Completing the TB Risk Assessment and/or Examination

_____

Health Care Provider Signature

_____

Facility Name and Address

In order to protect the privacy of individuals, all information regarding this assessment is considered confidential. The facility and the Los Angeles County Department of Public Health cannot release the name(s) of any ill person(s).

Pediatric Tuberculosis Risk Assessment User Guide

Avoid testing persons at low risk

Routine testing of low risk populations is not recommended and may result in unnecessary evaluations and treatment because of falsely positive test results.

Local recommendations, mandated testing and other risk factors

Several risk factors for TB that have been used to select children for TB screening historically or in mandated programs are not included among the 3 components of this risk assessment. This is intentional in order to focus testing on children at highest risk. However, certain populations may be mandated for testing by statute, regulation, or policy. This risk assessment does not supersede any mandated testing. Testing can also be considered in children with frequent exposure to adults at high risk of TB infection, such as those with extensive foreign travel in areas with high TB rates. Local recommendations should also be considered in testing decisions. **Providers should check with local TB control programs for local recommendations.**

Decision to test is a decision to treat

Because testing of persons at low risk of TB infection should not be done, persons that test positive for LTBI should generally be treated once active TB disease has been ruled out with a physical exam, chest radiograph and, if indicated, sputum smears, cultures, and nucleic acid amplification (NAAT). However, clinicians should not be compelled to treat low risk persons who test positive for LTBI.

When to repeat a risk assessment and testing

Risk assessments should be completed on new patients, patients thought to have new potential exposures to TB since last assessment, and during routine pediatric well-child visits. Repeat risk assessments should be based on the activities and risk factors specific to the child. High-risk children who volunteer or work in health care settings might require annual testing and should be considered separately. Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last assessment (unless they were <6 months of age at the time of testing). In general new risk factors would include new close contact with an infectious TB case or new immunosuppression, but could also include foreign travel.

Immunosuppression

The exact level of immunosuppression that predisposes to increased risk for TB progression is unknown. The threshold of steroid dose and duration used here are based on data in adults and in accordance with ACIP recommendations for live vaccines in children receiving immunosuppression.

Foreign travel or residence

Travel or residence in countries with an elevated TB rate may be a risk for TB exposure in certain circumstances (e.g., extended duration, likely contact with infectious TB cases, high TB prevalence of TB in travel location, non-tourist travel). The duration of at least 1 consecutive month to trigger testing is intended to identify travel most likely to involve TB exposure. TB screening tests can be falsely negative within the 8 weeks after exposure, so are best obtained 8 weeks after a child's return.

IGRA preference in foreign-born children ≥2 years old

Because IGRA has increased specificity for TB infection in children vaccinated with BCG, IGRA is preferred over the tuberculin skin test for foreign-born children ≥2 years of age. IGRAs can be used in children <2 years of age, however, there is an overall lack of data in this age group, which complicates interpretation of test results. In BCG vaccinated immunocompetent children with a positive TST, it may be appropriate to confirm a positive TST with an IGRA. If IGRA is not done the TST result should be considered the definitive result.

Negative test for LTBI does not rule out active TB

It is important to remember that a negative TST or IGRA result does not rule out active TB. A negative TST or IGRA in a patient with active TB can be a sign of extensive disease. Any suspicion for active TB or extensive exposure to TB should prompt a physical exam and an evaluation for active disease.

Emphasis on short course for treatment of LTBI

Shorter regimens for treating latent TB infection have been shown to be as effective as 9 months of isoniazid and are more likely to be completed. Use of these shorter regimens is preferred in most patients, although the 12-week regimen is not recommended for children <2 years of age, children on antiretroviral medications, or pregnant adolescents. Drug-drug interactions and contact to drug resistant TB are other contra- indications for shorter regimens.

*The CDC currently recommends DOT for this regimen; however, preliminary data suggests that SAT is non-inferior to DOT in the United States. Many clinicians are using SAT or modified DOT.
**11-12 doses in 16 weeks required for completion

Los Angeles County (LAC) 3HP Fact Sheet: available on the LAC Tuberculosis Control Program website: 3HP for treatment of TB infection 2025.pdf (lacounty.gov) & 4R for treatment of TB Infection 2025.pdf

Medication	Frequency	Duration
Rifampin	Daily	4 months
Isoniazid + rifapentine*	Weekly	12 weeks**

Refusal of recommended LTBI treatment

Refusal should be documented. Recommendations for treatment should be made at future encounters with medical services. If treatment is later accepted, TB disease should be excluded and CXR repeated if it has been more than 3 months from the initial evaluation.

Symptoms that should trigger evaluation for active TB

Patients with any of the following symptoms that are otherwise unexplained should be evaluated for active TB: cough for more than 2-3 weeks, fevers, night sweats, weight loss, lymphadenopathy, hemoptysis or excessive fatigue.

ACIP= Advisory Committee on Immunization Practices; LTBI=latent TB infection; IGRA= Interferon gamma release assay (e.g., QuantiFERON-TB Gold, T-SPOT.TB); BCG=Bacillus Calmette-Guérin; TST= tuberculin skin test; DOT=Directly observed therapy; CXR= chest x-ray