

TB Screening Questionnaire

Today's Date _____

Name _____ Birth date _____

1. Have you ever had a skin test for tuberculosis (PPD)? Yes ___ No ___
If yes, when was your most recent test? Date _____
What was the result? Negative _____ Positive _____
2. If your TB test result was Positive, what is the date of your most recent Chest X-Ray?
Date: _____ What was the result? _____.
3. Have you ever been treated for a positive TB test result? Yes ___ No ___
If yes, what medication were you given? _____.
When were you treated? From: _____ to _____.
4. Have you ever been exposed to anyone with active Tuberculosis? Yes ___ No ___
5. Have you ever lived or worked in a medical clinic or hospital, a homeless shelter, drug or alcohol detox facility, or jail where you may have had direct contact with anyone infected with Tuberculosis? Yes ___ No ___
6. Have you ever lived or traveled in Africa, Asia, Central America, Mexico or South America? Yes ___ No ___
7. Do you have any medical illnesses of your immune system:
Cancer, HIV (AIDS), alcohol and/or drug addiction? Yes ___ No ___
8. Have you had any treatment with chemotherapy or prednisone (cortisone)? Yes ___ No ___
9. Have you ever received the BCG vaccine? Yes ___ No ___
If yes, Date: (approximate) _____

REVIEWED BY MD: TB Risk ___ High ___ Low MD Initial: _____

This part to be completed by the medical technician. Test placed by _____.

Date of Test _____ dose _____ Site _____

Manufacturer _____ Lot # _____ Expiration Date _____.

Date Read _____ Read by _____ Result: Induration: _____ x _____ mm.

Interpretation: Positive ___ Negative _____.

Action taken: _____

(The form below may be completed, removed and given to the patient for their records)

Name: _____ Date: _____

TB Test (PPD) results: Positive ___ Negative ___ Date of test: _____ Date read: _____

Signature of person reading test: _____

Name of Provider or Medical Clinic: _____

Cuestionario de Evaluación para Tuberculosis

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Ha tenido una prueba de tuberculosis (PPD por sus siglas en inglés)? Sí _____ No _____
¿Si lo tuvo, cual es la fecha de la prueba más reciente? Fecha _____
¿Cuál fue el resultado? Positivo _____ Negativo _____
2. ¿Si su prueba fue positiva, cual fue la fecha de la radiografía, del pecho, más reciente?
Fecha _____ ¿Cuál fue el resultado? _____.
3. ¿Ha recibido tratamiento para la tuberculosis o ha recibido tratamiento porque tuvo una prueba positiva? Sí _____ No _____
¿Si fue positiva, cual medicamento le recetaron? Nombre de la medicina _____
¿Aproximadamente, cuál fue la fecha del tratamiento? De cual fecha: _____ A cual fecha: _____
4. ¿Fue expuesto a alguien con tuberculosis activo? Sí _____ No _____
5. ¿Ha vivido o trabajado en una clínica médica o hospital, en un asilo de personas sin hogar, establecimiento de desintoxicación para droga o alcohol, o en la cárcel, en donde usted pudo haber tenido contacto directamente con personas infectadas con tuberculosis? Sí _____ No _____
6. ¿Ha vivido o viajado extensivamente en África, Asia, Centro América, México, o Sur América? Sí _____ No _____
7. ¿Tiene cualquier enfermedad médica que es conocida como alguna que suprime el sistema inmune, tal como cáncer, VIH, o adición al alcohol o droga? Sí _____ No _____
8. ¿Ha tenido una enfermedad que requiere tratamiento con quimioterapia o prednisone (cortisona)? Sí _____ No _____
9. ¿Ha recibido la vacuna BCG (por sus siglas en inglés)? Sí _____ No _____
Si su contestación es sí, la fecha (aproximada) _____.

REVIEWED BY MD: TB Risk _____ High _____ Low _____ MD Initial: _____

This part to be completed by the medical technician. Test placed by _____.

Date of Test _____ dose _____ Site _____

Manufacturer _____ Lot # _____ Expiration Date _____

Date Read _____ Read by _____ Result: Induration: _____ x _____ mm.

Interpretation: Positive _____ Negative _____.

Action taken: _____

(The form below may be completed, removed and given to the patient for their records or employer)

Name: _____ Date: _____

TB Test (PPD) results: Positive _____ Negative _____ Date of test: _____ Date read: _____

Signature of person reading test: _____

Name of Provider or Medical Clinic: _____