



## MEMORÁNDUM

A: **VOLUNTARIOS**

Tema: Prueba de Riesgo de Tuberculosis (PPD)

---

De acuerdo con el Código de Educación de California Sección 49406 y el Código de Salud y Seguridad Sección 121525 hasta 121555, el Distrito Escolar Unificado del Valle Conejo requiere que las personas sean examinadas para determinar si él/ella está libre de tuberculosis activa, no más de sesenta (60) días antes del voluntariado. El examen consiste en un cuestionario de prueba de riesgo de TB certificado por un médico y si es necesario, una Prueba Mantoux, prueba intradérmica de tuberculosis (TST, en inglés), que si es positiva (10 mm o más), debe ser seguida con una radiografía de tórax. Si ha tenido una reacción positiva a una prueba anterior de la piel, proceda con una radiografía de tórax.

En caso de embarazo y si una TST intradérmica es positiva, se podría retrasar un examen de rayos X hasta después del parto, a petición del médico de la voluntaria. Mientras tanto, el médico debe certificar que la voluntaria no muestra síntomas de tuberculosis y según su mejor juicio profesional, no presenta ningún peligro para la salud de los estudiantes.

La Prueba de Riesgo de Tuberculosis **corre por su cuenta** y se puede obtener mediante la presentación del formulario adjunto a la oficina médica de su elección o de cualquier centro local de atención de urgencia. Su propio médico o cualquier otra agencia de salud pueden proporcionar la prueba de una autorización vigente de Tuberculosis.

Será su responsabilidad *devolver* la Prueba de Riesgo de Tuberculosis (PPD), una vez que se haya completado, **a la oficina de la escuela donde va a ser voluntario(a)**. Esta prueba es buena por cuatro años, por lo que es posible que desee hacer una copia para usted.

**LA PRUEBA DE RIESGO DE TUBERCULOSIS DEBE SER COMPLETADA ANTES DE EMPEZAR COMO VOLUNTARIO(A).**

**SU INCUMPLIMIENTO RESULTARÁ EN QUE EL DISTRITO ESCOLAR NO PUEDA ACEPTAR SU OFERTA DE SERVICIOS VOLUNTARIOS.**



## ADULT TUBERCULOSIS (TB) RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

This form is mandatory to satisfy California Education Code Section 49406 and Health and Safety Code Sections 121525-121555. Must be reviewed by a *licensed health care provider (physician, physician assistant, nurse practitioner, registered nurse)* prior to issuance of TB Clearance Certificate.

Employee Legal Name \_\_\_\_\_  
LAST FIRST MIDDLE

Social Security # XXX-XX-\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Employment Type:  Classified  Certificated  Volunteer

HISTORY OF POSITIVE TB TEST OR TB DISEASE: YES  NO

If yes, you need to submit to a symptom review and a chest x-ray (if none performed in previous 6 months) should be performed at initial hire.\*

If no, respond to the risk factor questions 1—5.

### RISK FACTOR QUESTIONS YES / NO

1. **One or more signs and symptoms of TB** (prolonged cough, coughing up blood, fever, night sweats, weight loss, excessive fatigue). Yes  No

Note: A chest x-ray and/or sputum examination may be necessary to rule out infectious TB.

2. **Close contact with someone with infectious TB disease** Yes  No

3. **Birth in high TB prevalence country** (Any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in Western or Northern Europe.) Yes  No

4. **Travel to high TB prevalence country for more than 1 month** (Any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in Western or Northern Europe.) Yes  No

5. **Current or former residence or work in a correctional facility, long-term care facility, hospital, or homeless shelter** Yes  No

⇒ If there is a "Yes" response to any of the questions 1-5 above, then a tuberculin skin test (TST) or Interferon Gamma Release Assay (IGRA) should be performed. A positive test should be followed by a chest x-ray, and if normal, treatment for TB infection considered.

⇒ \*Once a person has a documented positive test for TB infection that has been followed by an x-ray that was deemed free of infectious TB, the TB risk assessment is no longer required.

I hereby submit this TB Risk Assessment Questionnaire for review on \_\_\_\_\_ (date), and certify that my responses are truthful to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER CERTIFICATION

DOES NOT HAVE TB RISK FACTORS

REFERRED FOR TB SKIN TEST TB test administered on \_\_\_\_\_  Negative  Positive

REFERRED FOR CHEST X-RAY / FOLLOW-UP EXAM

Health Care Provider Name \_\_\_\_\_ License No \_\_\_\_\_

Health Care Provider Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_