



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES**  
**OFICINA DEL DIRECTOR MÉDICO EN JEFE**  
**SERVICIOS DE SALUD DE LOS EMPLEADOS**  
**PROGRAMA DE CUMPLIMIENTO CON LA PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS (TB)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Puesto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Núm. de la Seguridad Social.: \_\_\_\_\_ or Núm. De Empleado.: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CON LA PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS**

**Check One:**

- El paciente no tiene factores de riesgo de tuberculosis según la **EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TUBERCULOSIS EN ADULTOS.**
- El paciente obtuvo una prueba de sangre o cutánea negativa el \_\_\_\_\_ (fecha).  
**SOLICITANTE:** La fecha de la prueba debe ser dentro de los 60 días anteriores a la fecha de contratación.
- El paciente obtuvo un resultado positivo en una prueba cutánea o un análisis de sangre, seguido de una radiografía de tórax negativa el \_\_\_\_\_ (fecha).  
**SOLICITANTE:** La fecha de la radiografía debe ser dentro de los seis meses anteriores a la fecha de contratación.

*El paciente mencionado anteriormente mp toeme factpres de riesgo, o si se identificaron factores de riesgo, se examinó al paciente y se ha determinado que está libre de tuberculosis infecciosa.*

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica (SOLAMENTE: MD, DO, PA, NP, RN) Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor de atención médica en letra de molde Título Licencia No.

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Código postal de la ciudad

\_\_\_\_\_  
Teléfono Fax

**ENTREGAR EL FORMULARIO ORIGINAL COMPLETADO A:**  
**Servicios de Salud para Empleados del LAUSD – Programa de Cumplimiento de la Prueba de Tuberculosis (TB)**  
 333 S. Beaudry Avenue, 14-110, Los Ángeles, CA 90017  
 Teléfono: (213) 241-6326 Fax: (213) 241-8918  
 Correo electrónico: [employeehealth@lausd.net](mailto:employeehealth@lausd.net)

**SELLO DE LA INSTALACIÓN MÉDICA (REQUERIDO):**

*Para más información, consulte <http://publichealth.lacounty.gov/TB>.*