



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

ATTACHMENT I2

## Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles FORMULARIO DE LA TUBERCULOSIS PARA EL MÉDICO/CLÍNICA

Estimada persona interesada en ser voluntario:

Gracias por su interés en prestarse como voluntario en nuestra escuela. Los voluntarios deben de estar libres del virus activo de la tuberculosis antes de prestar su ayuda como voluntario. Un examen cutáneo de la tuberculosis es obligatorio de conformidad con el Código para la Seguridad y la Salud Pública en California §121545 Examen de TB para Voluntarios Escolares. No se aceptan exámenes de punción múltiple. Si el examen cutáneo Mantoux resulta positivo, se requerirá una radiografía del tórax. No se aceptan radiografías del tórax sin un previo historial de examen cutáneo Mantoux positivo.

Presente este formulario a un médico privado o agencia de salud pública. Si no puede pagar la tarifa requerida por la agencia pública, usted puede solicitar que la agencia exente la tarifa. Si se le niega la exención, usted es responsable por cualquier costo contraído.

\_\_\_\_\_  
Firma del director u oficina del Distrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

Escuela u Oficina: \_\_\_\_\_

### MÉDICO/CLÍNICA DEBE LLENAR:

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

### THERE IS NO EVIDENCE OF ACTIVE TUBERCULOSIS AS DETERMINED BY:

\_\_\_\_ TB Risk Assessment Questionnaire administered by a licensed health care provider  
\_\_\_\_ MANTOUX Skin Test (5 TU PPD) or Interferon-Gamma Release Assays (IGRA) blood test  
\_\_\_\_ CHEST X-RAY (Acceptable only if MANTOUX positive)

Date Given: \_\_\_\_\_ Date Read: \_\_\_\_\_ Date of X-Ray: \_\_\_\_\_

Given by: \_\_\_\_\_ Result (mm): \_\_\_\_\_

X-Ray Impression: \_\_\_\_\_

History of positive MANTOUX: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician/RN

\_\_\_\_\_  
Date

Print Name of Physician/RN: \_\_\_\_\_ Degree: \_\_\_\_\_ State License #: \_\_\_\_\_

Business Address: \_\_\_\_\_ Business Telephone: \_\_\_\_\_