



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: _____