

### Evaluación del Riesgo de Tuberculosis

Nombre del Voluntario: \_\_\_\_\_ Relación al niño/a: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Sitio de Voluntariado: \_\_\_\_\_

1. ¿Nació fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Dónde nació? \_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha viajado fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

Si ha viajado fuera,

• ¿Adónde viajó? \_\_\_\_\_

• ¿Con quién se quedó? \_\_\_\_\_

• ¿Cuándo viajó (Mes/Año)? \_\_\_\_\_

3. ¿Sabe si usted ha estado en contacto estrecho con alguna persona que haya tenido una prueba de tuberculosis positiva?  Sí  No

4. ¿Sabe si usted ha estado expuesto a alguien con la enfermedad de tuberculosis?  Sí  No

Si respondió con sí, por favor responda a las siguientes preguntas:

• ¿Sabe si la persona tenía una enfermedad de tuberculosis o una enfermedad de tuberculosis latente? Marque con un circulo todas las que corresponden:

Enfermedad de Tuberculosis    Enfermedad Latente    No sé

• ¿Cuándo fue la última vez que tuvo contacto con esa persona? \_\_\_\_\_

• ¿Cuál es su relación a la persona con tuberculosis o una enfermedad latente de tuberculosis?

\_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de la piel de Tuberculosis?  Sí  No

6. ¿Sabe si usted ha estado en contacto con alguien que **recientemente** (dentro del último año) haya estado en la cárcel o prisión?  Sí  No

Declaro que toda la información es correcta según mi leal saber y entender:

Firma del Voluntario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Risk Assessment Performed by: (Nurse Signature/Date) \_\_\_\_\_

PPD Test Needed:  Yes  No Date of Referral: \_\_\_\_\_