

Head Start Tuberculosis Concern Referral

Referencia de Preocupación de Tuberculosis de Head Start

Child's Name: _____ **DOB:** _____
Nombre del Niño *Fecha de Nacimiento*

Center: _____ **Date:** _____
Centro *Fecha*

Re: **Medical Concerns**
Preocupaciones Médicas

This child has been identified as having a TB risk factor. Please evaluate for TB clearance.

Este niño ha sido identificado como un factor de riesgo de TB. Por favor, evalúe para un aclaramiento de TB.

Parent Signature
Firma del Padre

Health Staff Signature
Firma del Personal de Salud

Pursuant to Head Start Performance Standards and State of California Title 22 licensing regulations, Head Start children who have risk factors are required to be tested for TB by their Health Care Provider or Local Public Health Clinic. The program must receive TB clearance within the first 30 days of enrollment, or children will be unable to participate in the classroom.

De conformidad con las normas de desempeño de Head Start y el estado de California, Título 22 regulaciones de licencias, los niños de Head Start que tienen factores de riesgo están obligados a hacerse la prueba de TB por su proveedor de atención médica o clínica de salud local. El programa debe recibir aclaramiento de TB en los primeros 30 días de matriculación, o los niños no podrán participar en el salón.

Required for Head Start *Requerido para Head Start*

	Date given <i>Fecha determinada</i>	Date read <i>Fecha de lectura</i>	Results <i>Resultados</i>
Tuberculin Test: <i>Prueba de la Tuberculina</i>	_____	_____	_____
_____ Health Care Provider Signature <i>Firma del Proveedor de Salud</i>		Date: _____ <i>Fecha</i>	