

Departamento de ECE/CD Evaluación de riesgo para TB

Nombre del niño: _____

Fecha de nac: _____

Nombre del centro: _____

1	¿Ha tenido contacto estrecho el niño con alguna persona infectada con tuberculosis?	Sí	No
2	¿Está el niño infectado o con riesgo de infección del VIH?	Sí	No
3	¿Nació el niño en el extranjero, es refugiado o migrante?	Sí	No
4	¿El niño ha tenido contacto con algún presidiario dentro de los últimos 5 años?	Sí	No
5	¿Ha estado expuesto el niño a cualquiera de las siguientes personas: Infectada con VIH, indigentes, residentes de hogares de crianza, adolescents o adultos en instituciones, adictos a drogas ilícitas, campesinos migrantes o a personas que recientemente viajaron al exterior de los EEUU?	Sí	No
6	¿Tiene el niño alguna condición médica que le reprima el sistema immune?	Sí	No
7	¿Vive el niño en una comunidad en la que se haya establecido o existe un alto riesgo de tuberculosis?	Sí	No
8	¿Ha viajado el niño al extranjero desde la última visita médica?	Sí	No

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Staff Signature: _____ Fecha: _____

Attention Staff:

- ✓ If a parent answers “Yes” to any of the above questions, this child must be routed to SOP Health/Nutrition Services upon entry into the classroom. **NOTE:** This process should not prohibit the child from entering the classroom.