

Tuberculin (PPD) Screening

Questionnaire and Consent

Name (Nombre): _____ Date (Fecha): ____ / ____ / ____

Employer (Empleador): _____ Pre-Placement (Pre-Empleo) Annual (Anual)

1. Have you had any of the following symptoms during the past year for more than two weeks, NOT associated with a specific illness?
¿Ha ud. presentado alguno de estos síntomas en el último año o por más de dos semanas, NO asociados a una enfermedad específica?

- a. Unexplained and/or low grade fever. (Fiebre leve y/o inexplicable) Yes/ Si No/ No
- b. Night Sweats. (Sudores nocturnes) Yes/ Si No/ No
- c. Unexplained weight loss of more than 5 lb. (Pérdida inexplicable de más de 2 kg de peso) Yes/ Si No/ No
- d. Persistent cough. (Tos persistente) Yes/ Si No/ No
- e. Coughing up phlegm or blood. (Tos con flema o sangre.) Yes/ Si No/ No
- f. Loss of appetite. (Pérdida del apetito.) Yes/ Si No/ No
- g. Unusual fatigue. (Fatiga o cansancio inusual o poco común.) Yes/ Si No/ No

2. Are you taking any medications? (¿Esta tomando algún medicamento?) Yes/ Si No/ No

Indicate which: (Indique cuáles): _____

Certain medicines can affect your immune system and change your response to the TB skin test. We may need to test you for this.
 (Algunas medicinas pueden alterar su sistema inmune y alterar su respuesta a la prueba PPD. Quizás tengamos que hacerle exámenes.)

3. Were you ever vaccinated against tuberculosis? (¿Ha sido vacunado contra la tuberculosis?) Yes/ Si No/ No

4. Were you vaccinated in the past year? (¿Ha sido usted vacunado en el último año?) Yes/ Si No/ No

Indicate which: (Indique cuáles) _____

5. Have you had an infection in the last month? (¿Ha tenido alguna infección durante el mes pasado?) Yes/ Si No/ No

6. Have you had a positive TB skin test? (¿Alguna vez ha tendido una prueba positiva para la tuberculosis?) Yes/ Si No/ No

Have you ever been diagnosed or treated for TB? (¿Ha sido diagnosticado o tratado antes por tuberculosis?) Yes/ Si No/ No

If YES, Which medication did you receive? (¿Cual medicina recibió?) _____

7. When was your last chest x-ray? (¿Cuándo le tomaron su última radiografía del pecho?) _____

PATIENT INSTRUCTIONS/ INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

You have been given a tuberculin skin test that must be read within 48 to 72 hours. If not, it will be considered invalid and will have to be repeated. Please make arrangements with our staff so it can be read properly. Thank you.

Se le ha administrado la prueba de la tuberculina la cual tiene que leerse en 48 a 72 horas. Si no, la prueba no será válida y deberá repetirse. Por favor, haga arreglos con el personal de la clínica para que la prueba sea leída adecuadamente. Gracias.

PATIENT STATEMENT/ CERTIFICACION DEL PACIENTE

I hereby certify that to the best of my knowledge, I have had neither a severe reaction to tuberculin (PPD) test nor I have had tuberculosis in the past. Therefore, I hereby authorize Omnimed to administer to me a tuberculin (PPD) test as required by my prospective/current employer. **I understand that if the test reaction is not read in 48 to 72 hours after its administration, it will have to be repeated.**

Yo certifico que hasta donde yo recuerdo, nunca he tenido una reacción severa a la prueba de la tuberculina (PPD) ni he sufrido de tuberculosis en el pasado. Por lo tanto, autorizo a Omnimed para que me administre la prueba de la tuberculina (PPD) requerida por mi futuro/presente empleador. Entiendo que si la reacción a la prueba no es leída 48 a 72 horas después de su administración, la prueba tendrá que repetirse.)

Patient Signature (Firma del Paciente): _____ Date (Fecha): ____ / ____ / ____

TO BE COMPLETED BY THE HEALTHCARE PROFESSIONAL

Injection: Lot#: _____ Expiration: ____ / ____ / ____

Site: Right Left Forearm Administered by: _____ Date ____ / ____ / ____

Induration: ____ millimeters Read by: _____ Date ____ / ____ / ____

Evaluation Comments:

According to my findings and the Centers for Disease Control guidelines on Tuberculosis, this employee requires:

- No Further Evaluation Further Evaluation and/or Treatment A Step 2 PPD

Healthcare Professional: _____ Signature: _____

