



Santa Maria Joint Union High School District

2560 SKYWAY DRIVE - SANTA MARIA CA 93455
TEL: (805) 922-4573 - FAX: (805) 928-9916

TB Screening Questionnaire/Cuestionario de Tuberculosis

District Policy BP 5141.26

The Superintendent or designee may require a tuberculosis skin test when qualified medical personnel reasonably suspect that a student has active tuberculosis.

El superintendente o designado puede requerir un examen de tuberculosis cuando el personal médico calificado razonablemente sospecha que el estudiante tiene tuberculosis activa.

Students known to have had a positive tuberculosis skin test shall be excluded from school until they provide evidence of a follow-up x-ray and appropriate medical care or are no longer suspected of having active tuberculosis.

Los estudiantes que han tenido exámenes de tuberculosis positivos serán excluidos de la escuela hasta que muestren evidencia de una radiografía de pecho y cuidado médico apropiado o que ya no se sospeche que tengan tuberculosis activa.

Student Name: _____ Birthdate: _____
Nombre del estudiante Fecha de Nacimiento

School: _____ Grade: _____ School year: _____
Escuela Grado Año escolar

1. Has the student been living in the United States less than 5 years? yes/*si* No
¿Ha vivido el estudiante en los Estados Unidos menos de 5 años?

2. Has the student been out of the country in the past 5 years? yes/*si* No
¿El estudiante ha estado fuera del país en los últimos 5 años?

3. Has the student been in contact with anyone who has Tuberculosis? yes/*si* No
¿El estudiante ha tenido contacto con cualquier persona que tenga Tuberculosis?

4. Has the student been around anyone that coughed a great deal? yes/*si* No
¿El estudiante ha estado alrededor de alguien que tosía mucho?

5. Does the student have any of the following symptoms?
¿El estudiante tiene alguno de los siguientes síntomas?

- persistent cough/*tos persistente* night sweats/*sudores nocturnos* Phlegm/sputum/*flema* fever/*fiebre*
- weight loss/*pérdida de peso* Loss of appetite/*perdida de apetito* coughing up blood/*tos con sangre*

6. Has the student recently been tested for TB? yes/*si* No
¿Le han hecho al estudiante la prueba recientemente de la tuberculosis?

Recent chest x-ray? *¿Radiografía de pecho reciente?* yes/*si* No
When/*cuando*: _____ Result/*resultado*: Positive/Positivo Negative/Negativo

7. Has the student been diagnosed with TB before? yes/*si* No
¿El estudiante ha sido diagnosticado/a antes con Tuberculosis?

When/*cuando*: _____

8. Has the student been treated for TB? Yes/*si* No
¿Ha recibido el estudiante tratamiento para la tuberculosis?

What clinic/*¿que clínica?* _____

I certify that the information I have provided is true and correct to the best of my knowledge.

Yo certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Signature of Parent/Guardian (*Firma de padres/Tutores legales*)

Date (*Fecha*)

(Office Use Only) (Solo uso de oficina)

Reviewed by: _____

Date: _____

Referred to: Public Health Department
 CHC

Primary Doctor
 Other _____