**Formulario de evaluación del riesgo de tuberculosis del SPS**

Nombre del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

**Los estudiantes que presenten aunque sea un factor de riesgo indicado a continuación, serán candidatos para someterse a una prueba de tuberculosis, a menos que tengan un comprobante de** **una prueba de tuberculosis anterior positiva (TST o IGRA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evaluación de riesgo de tuberculosis** | **Si** | **No** |
| ¿Nació su estudiante en África, Asia (exceptuando Japón), América Central, América del sur, México, Este de Europa, en el Caribe o Medio o en el Medio Oriente? ¿En qué país nació su estudiante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **☐** | **☐** |
| ¿El estudiante ha vivido o ha pasado tiempo con alguien que ha estado enfermo de tuberculosis? | **☐** | **☐** |
| ¿Tiene el estudiante algún antecedente de enfermedad inmunosupresora o toma medicamentos que puedan causar inmunosupresión? | **☐** | **☐** |

Si su estudiante necesita una prueba, se puede someter a una prueba cutánea de tuberculina Mantoux (TST) o una prueba de liberación de interferón-gamma (IGRA). (Tenga en cuenta que la prueba IGRA no está indicada para niños menores de 5 años). Los resultados deben ser compartidos con la enfermera de la escuela.

Firma del padre Fecha

Firma del centro de matriculación Fecha

Por favor, tenga en cuenta: si su estudiante ha tenido una prueba de tuberculosis positiva en el pasado, NO necesita volver a hacerse la prueba, pero necesita tener un comprobante.