

Today's Date: \_\_\_\_\_

Year of last TB test: \_\_\_\_\_ Results:  Positive  Negative

- ▶ If your results were positive, you do not need to complete this questionnaire.
- ▶ If your results were negative OR if you have never had a TB test, please answer the following questions:

**YES NO**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | In the past 2 years have you had close exposure to someone with tuberculosis?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you lived in the US less than 5 years?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you lived in a foreign country for more than 6 months within the last 2 years?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you live in a correctional facility, shelter or group home?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have chronic cough, unexplained fever/chills/night sweats, or unexplained weight loss?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever injected recreational or street drugs?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have any of these medical conditions: diabetes, underweight, cancer, HIV, immune system suppression or chronic kidney failure? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TB immunization History   |

\_\_\_\_\_  
Patient signature

\_\_\_\_\_  
Date

TST  not indicated  indicated

\_\_\_\_\_  
Staff signature

\_\_\_\_\_  
Date

**TB SKIN TEST – CLIENT STATEMENT**

I have received information regarding the TB skin test. I understand why I am receiving the TB skin test and what the results will tell me. I have had an opportunity to ask questions. I understand that I should not have a TB skin test if I have had a positive reaction in the past, unless ordered by a health-care provider.

\_\_\_\_\_  
Staff signature

\_\_\_\_\_  
Date

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han hecho prueba de la tuberculina?  No/No lo se  Si – Año de la prueba \_\_\_\_\_

Resultados:  Positivo  Negativo

- ▶ Si los resultados fueron positivos usted no necesita contestar el resto de este cuestionario.
- ▶ Si los resultados fueron negativos o si nunca se ha hecho una prueba de tuberculosis, por favor conteste las siguientes preguntas:

**SI NO**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿En los últimos 2 años ha estado usted en contacto cercano con alguien con tuberculosis?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha vivido usted en los Estados Unidos menos de 5 años?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha vivido en el extranjero por más de 6 meses en los últimos 2 años?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha vivido en una correccional, un albergue o en una casa hogar?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene tos crónica, fiebre, escalofríos, sudores nocturnos o pérdida de peso sin causa aparente?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez se ha inyectado drogas recreacionales o ilícitas?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Padece usted de alguna de estas afecciones: Diabetes, peso por debajo de lo normal, cáncer, VIH, supresión del sistema inmune o insuficiencia renal crónica? |

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

TST  not indicated — answered no to all of the above questions

TST  indicated  Consent obtained below

\_\_\_\_\_  
Staff signature

\_\_\_\_\_  
Date

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA REALIZAR LA PRUEBA DE TB

1. He recibido información relacionada a la prueba tuberculina en la piel.
2. Entiendo que estoy recibiendo la prueba tuberculina debido a las respuestas que proporcione arriba.
3. Tuve la oportunidad de hacer preguntas.
4. Yo entiendo que si alguna vez recibí la prueba tuberculina de la piel y tuve una reacción positiva, no debería recibirla otra vez a menos que haya sido ordenado por un profesional de la salud
5. Yo entiendo que debo regresar el \_\_\_\_\_ para una evaluación de la prueba en la piel, de no venir en la fecha indicada la prueba tendrá que repetirse.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha