



Members of the Board

Beth Albiani
Nancy Chaires Espinoza
Carmine S. Forcina
Chet Madison, Sr.
Dr. Crystal Martinez-Alire
Anthony "Tony" Perez
Bobbie Singh-Allen

Claudia Charter

Program Specialist, PreK
Education

(916) 686-7595
FAX: (916) 686-7718
Email: ccharter@egusd.net

Robert L. Trigg Education Center
9510 Elk Grove-Florin Rd., Elk Grove, CA 95624

Evaluación de Riesgo de Tuberculosis

Padres, sus respuestas nos ayudarán a saber si su hijo(a) ha estado expuesto a la tuberculosis.

Nombre del niño(a) _____ Fecha _____ Centro _____

Una respuesta "Sí" a las siguientes preguntas indica referencia automática.

- 1. ¿Ha estado el niño en contacto directo con alguna persona infectada con tuberculosis? Si No
- 2. ¿Está el niño(a) infectado o con riesgo de infección de VIH? Si No
- 3. ¿El niño(a) nació en el extranjero, es refugiado o emigrante? Si No
- 4. ¿El niño(a) ha tenido contacto con alguna persona encarcelada dentro de los últimos 5 años? Si No
- 5. ¿El niño(a) ha estado expuesto a alguna de las siguientes:
 Personas infectadas con VIH, indigentes, residentes de enfermerías, adolescentes o adultos en instituciones usuarios de drogas ilícitas, campesinos migrantes o personas que recientemente estuvieron afuera de los Estados Unidos? Si No
- 6. ¿Vive el niño(a) en una comunidad que haya sido establecida con alto riesgo de existencia de tuberculosis? Si No
- 7. ¿Ha viajado el niño(a) afuera de los Estados Unidos desde la última visita médica? Si No

1st Year Parent Signature: _____ Date: _____

1st Year Staff Signature: _____ Date: _____

2nd Year Parent Signature: _____ Date: _____

2nd Year Staff Signature: _____ Date: _____