

Tuberculosis Screening *Investigación de la Tuberculosis*

Identifying Information/*Datos de identificación:*

Name/*Nombre:*

Date/*Fecha:*

Date of Birth/*Fecha de Nacimiento:*

Employer/*Empleador:*

**Questions 1 through 7 below must be answered by every employee who will have a TB skin test/
*Las preguntas numeradas 1 a 7 deben ser contestadas por todo empleado al que se le haga la prueba cutánea de TB.***

**This test may be administered if you are pregnant or nursing/ Si está embarazada o amamantando, esta prueba se puede administrar.*

	Question	Yes/Si	No
1	Have you had a TB skin test in the past? ¿Se le ha hecho una prueba cutánea de TB en el pasado?		
2	If yes, were you told it was "positive" or was there any redness or swelling Si le fue practicada, ¿Le dijeron que era "positiva" o se le enrojeció o hinchó?		
3	Have you ever had a BCG vaccine (given in countries outside of the US)? ¿Le ha sido administrada la vacuna BCG (en un país fuera de E.U)?		
4	Have you or any of your family members been exposed to active TB? ¿Usted o algún miembro de su familia han sido expuestos a la TB activa?		
5	Have you had a viral illness or received any vaccinations in the past month ¿Ha tenido usted una enfermedad viral o recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
6	Are you currently being treated for cancer? ¿Está siendo tratado por cáncer?		
7	Do you currently take any steroid medications? ¿Toma usted actualmente medicamentos esteroideos?		