**Unified Government Public Health Department**
619 Ann Avenue, Kansas City, KS 66101-3038
Phone (913) 573-8855
wycokck.org/health

**Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:**____/____/____
Apellido Primer nombre Inicial media

**Dirección:** _____
Dirección de la calle Apt. # Ciudad Estado Codigo Postal

**Teléfono:** _____ **Cellular:** _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer

**Nombre del padre:** _____ **Teléfono celular de los padres:** _____

**Permiso para comunicar los resultados a los padres si el estudiante es mayor de 18:**_____
*Firma del estudiante*

| **Primary Language:** | **Raza:** | **Origen étnico:** |
|---|---|---|
| ☐ Inglés ☐ Alemán | ☐ Nativo Americano/o de Alaska. | ☐ América Central/del Sur |
| ☐ Español ☐ Italiano | ☐ Asiático | ☐ Cubano |
| ☐ Arabe ☐ Portuguese | ☐ Negro/Afroamericano | ☐ Hispano/Latino |
| ☐ Chino ☐ Ruso | ☐ Multirracial | ☐ No Hispano |
| ☐ Coreano ☐ Vietnamita | ☐ Hawaiano nativo/isleño del Pacífico | ☐ Mexicano |
| ☐ Frances ☐ Signo | ☐ Blanco | ☐ Puertorriqueño |
| ☐ Otro _____ | ☐ Otro/ No sé | ☐ No sé |
| ¿Hablas/entiendes inglés? ☐ Sí ☐ No | ☐ No respuesta | ☐ No respuesta |

**País de nacimiento:** _____ **Fecha de llegada a EE. UU.:** _____/_____/_____

**¿Ha recibido la vacuna** BCG **(TB)?** ☐ Si ☐ No ☐ No sé *(BCG no se da en los EE.UU.)*

**¿Se ha sometido a una prueba cutánea de TB anterior??** ☐ Si ☐ No Fecha: _____/_____/_____
☐ NEGATIVA ☐ POSITIVA - Induración: _____mm

**¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en el último año??** ☐ Si ☐ No

**En caso que si viajo, Destino del viaje:** _____ **Duración de la estancia:** _____ **Propósito:** _____

**¿Está actualmente tomando esteroides, quimioterapia o inmunocomprometido?** ☐ **Si** ☐ **No**

**Síntomas actuales:** ☐ **Tos productiva (que dura más de 3 semanas)** ☐ **Sudores nocturnos** ☐ **Escalofríos**
☐ **Ninguno** ☐ **Fiebre** ☐ **Tos con sangre** ☐ **Pérdida de peso inexplicable** ☐ **Fatiga** ☐ **Sangre en la orina**

***He sido informado y doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de prueba de TB.***
***(Si es menor de 18 años de edad – requiere la firma de sus padres o tutores legales)***

***X***_____ ***Fecha:*** _____/_____/_____

**FOR CLINICAL USE ONLY:**

**Screener's Initials:** _____

☐ **NKDA** **Allergies:** _____

**Comments:** _____

**IGRA Barcode Number:** _____ **IGRA Drawn:** _____/_____/_____ **Drawn By:** _____