



Head Start

"Building partnerships, changing lives"



Rhonda Shirley
Health Coordinator

304 E. Houston St.
Linden, Texas 75563

Phone: 903-756-5596 Ext. 217
Fax: 903-756-7294

TB Questionnaire

Child's Name: _____ Center : _____ Date Completed: _____

Child's Birthday: _____ Name of Parent/Guardian completing form: _____

Tuberculosis (TB) is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB lung disease. TB is spread from person to person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child.

Adults who have active TB disease usually have many of the following symptoms:

- cough for more than two weeks duration
- loss of appetite
- weight loss often several pounds over a short period of time
- fever, chills and night sweats

A person can have TB germs in his or her body but not have active disease (this is called latent TB infection (LTBD)).

Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called PPD or Mantoux test) is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the United States to prevent tuberculosis. The skin test is not a vaccination against TB

Please complete the following questions to help us in determining if your child has been exposed to tuberculosis:

TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up bloody sputum.

Has your child been around anyone with any of the symptoms or problems listed above? Yes No

Has your child exhibited any of the symptoms or problems listed above? Yes No

Has your child been around anyone who has been diagnosed with TB? Yes No

Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, Eastern Europe or Asia? Yes No

Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, Africa, Asia, the Caribbean, or Western Europe for longer than 3 weeks? Yes No

If "Yes", List country/countries: _____

To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is or has been: Yes No

- a.) a intravenous drug user
- b.) HIV-infected

- c.) in jail/prison
- d.) recently arrived in United States from another Country?

Has your child been tested for TB? Yes No If "Yes", specify date received: _____

Has your child ever had a positive TB test? Yes No If "Yes", specify date received: _____

Signature of parent/guardian completing form: _____ Date: _____

Signature of Staff: _____ Date: _____

NOT HIGH RISK

(circle risk that applies)

HIGH RISK (Refer for TB Testing)



Head Start

"Building partnerships, changing lives"



Rhonda Shirley
Health Coordinator

304 E. Houston Linden,
Texas 75563

Phone: 903-756-5596 Ext. 217
Fax: 903-756-7294

Cuestionario de la Tuberculosis

Nombre del Niño: _____ Escuela: Pittsburg Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre de padre/guardian: _____

Tuberculosis(TB) es una enfermedad que es causada por microbios del TB y es usualmente transmitida por adultos con TB enfermedad en los pulmones activa. TB es contagiado de persona a persona a travez de microbios de la tos o destornudos.

Estos microbios pueden andar en el aire y ser inhalados por los niños.

Adultos quienes tienen la enfermedad TB activa usualmente tienen muchos de estos síntomas:

- Tos por mas de dos semanas de duracion
- Perdida de apetito
- Perdida de peso a menudo de varias libras un corto periodo de tiempo
- Fiebre, escalofrio y sudar por las noches

Una persona puede tener el microbio de TB en su cuerpo pero no es activo (esto se llama infeccion latente de la TB (LTBD).

Tuberculosis es prevenible y curada. El examen de TB (tambien llamada PPD o Mantoux) es para ver si su hijo a sido infectado con los microbios del TB. No hay vacuna recomendada en los Estados Unidos para prevenir la tuberculosis. El examen no es vacuna contra la tuberculosis. Favor de contestar las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si su hijo(a) ha sido expuesto a la tuberculosis:

TB puede causar fiebre por larga duracion, perdida de peso inexplicable, tos mala, (duracion por mas de dos semanas), y toser sangre.

Su hijo(a) a estado alrededor de alguien con sintomas o problemas mencionados? Si No

Su hijo(a) ha exhibido algunos de estos sintomas o problemas mencionados? Si No

Su hijo(a) a estado alrededor de alguien diagnosticado con TB? Si No

Su hijo(a) nacio en Mexico o cualquier otro pais en America Latina, Europa, o Asia? Si No

Su hijo(a) a viajado en este ultimo año a Mexico o cualquier otro pais de America Latina, Este de Europa, Africa, Asia, el caribe, el Oeste de Europa por mas de tres semanas Si No

Si contesto si liste el pais: _____

De acuerdo a usted , su hijo a estado cerca de alguien (por mas de tres semanas) con alguien que esta o ha estado:

- a.) usando drogas intravenosas c.) en la carcel/prision
- b.) Infectado del VIH d.) recientemente llego de otro pais fuera de Estados Unidos Si No

Su hijo(a) sido examinado de TB? Si No Si contesto si, especifique fecha: _____

Su hijo(a) salio positivo en el examen? Si No Si contesto si, especifica fecha: _____

Firma de los padres/guardian: _____ Fecha: _____

Firma de la trabajadora Social: _____ Fecha: _____

NO RIESGO

ALTO RIESGO (Referir a examen) revised 11/1/18