

## TB Skin Test Consent and Results

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, (su nombre), he tendió la oportunidad de leer o me han explicado la importancia de la prueba cutánea de la TB. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del examen y me han contestado a las preguntas a mi satisfacción. Comprendo que este examen implica la inyección de una pequeña cantidad de un atingen diagnostico bajo la piel de mi brazo y que un pequeño moretón puede aparecer.

**Marque lo que le corresponda:**

Ahorita NO tengo ninguno de los siguientes síntomas:

Una tos que me ha durado tres semanas o mas	Pérdida de peso
Escupido sangre	Pérdida de apetito
Sudores en las noches	Fiebre <span style="float: right;">Fatiga excesiva</span>

- Previamente no he tenido un examen cutáneo de TB "POSITIVO"
- Nunca me han hecho un tratamiento para combatir la Tuberculosis
- He recibido la vacuna del BCG
- En el pasado me han hecho el examen cutáneo de la TB y no recuerdo haber tenido ulceración o herida supuraos en la área de la inyección
- Estoy embarazada. Me he comunicado con mi doctor y los dos estamos de acuerdo en que hoy me hagan este examen.
- Estoy de acuerdo en regresar dentro de 48 a 72 horas, para que chequen mi brazo. Yo entiendo que "yo mismo (a)" me chequen el brazo no es aceptado de acuerdo con la guía del departamento del CDC.

Yo pido y autorizo al Central Medical Servicios indicado en esta forma que me hagan la prueba cutánea de la TB. Y estoy de acuerdo en regresar a que vean los resultados en la fecha indicada. El no regresar podría causar una barrera en mi empleo. Todas las repuestas a estas preguntas son correctas y verdaderas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Empleado/aplicante

**Para el uso de la clínica solamente**

Purified protein derivative (PPD):  Tubersol or  Aplisol Lot# \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_

Administered by Mantoux technique into:  Left forearm  Right forearm

Administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm

Results: \_\_\_\_\_ millimeters of induration Interpretation:  Positive  Negative

Chest X-Ray: (Required if TST or IGRA is Positive) Date of chest x-ray: \_\_\_\_\_  Normal  Abnormal

Comments: \_\_\_\_\_

Read by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm

