

TUBERCULOSIS QUESTIONNAIRE

Student Name _____ Date of Birth _____ School _____

Please read the following information and answer the questions below. This information will help determine if your child needs a TB skin test.

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

Symptoms of TB disease may include many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, weight loss of ten or more pounds over a short period of time, fever, chills and night sweats. Children with TB frequently do not have symptoms.

Tuberculosis is treatable. TB skin testing (often called the PPD) 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.

1. **Has your child been tested for TB?** Yes _____ (If yes, specify date / /) No _____
2. **Has your child ever had a positive TB skin test?** Yes _____ If yes, when _____ No _____
3. **Has your child ever had a negative tuberculosis blood test (Quantiferon)?** Yes _____ If yes, when _____
No _____

Please read the questions below. If the answer to ANY of the questions is “YES”, please check this box

1. TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks) or coughing up blood. As far as you know:
Has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? Or
Has your child had any of these symptoms or problems? Or
Has your child been around anyone sick with TB?
2. Was your child born in Mexico or any country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia, **and is your child enrolling for the FIRST time in an AISD school?**
3. Has your child traveled in the past year to Mexico or any country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks? If so, which country?

4. To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who recently came to United States from another country, uses IV drugs, been in jail or prison or has HIV disease (AIDS)?

If the answer to any of the question above is “YES” please check the box above.

Parent or Guardian Signature _____ Date _____

.....
PLEASE RETURN THIS FORM TO YOUR SCHOOL NURSE

CUESTIONARIO DE TUBERCULOSIS

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Sírvase leer la siguiente información y contestar las preguntas que siguen. Esta información ayudará a determinar si su hijo(a) necesita la prueba de la piel para TB.

Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y normalmente la trasmite un adulto con la enfermedad de TB activa en el pulmón. Se contagia a otra persona al toser o estornudar los gérmenes de TB en el aire. Estos gérmenes puede respirarlos el niño(a).

Entre los síntomas de TB están muchos de los siguientes: tos durante más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez o más libras en poco tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos. Es frecuente que los niños con TB no tengan síntomas.

La tuberculosis es tratable. La prueba de la piel para TB (a menudo llamada PPD) se usa para ver si su hijo(a) se ha contagiado con gérmenes de TB. No se recomienda ninguna vacuna en Estados Unidos, para prevenir la tuberculosis. La prueba de la piel no es una vacuna contra la TB.

1. ¿Se le ha hecho a su hijo(a) prueba de TB? Sí _____ (especifique la fecha / /) No _____
2. ¿Ha tenido su hijo(a) una prueba positiva de TB? Sí _____ cuándo _____ No _____
3. ¿Ha tenido su hijo(a) una prueba de sangre negativa de TB (Quantiferon)? Sí _____ cuándo _____
No _____

Sírvase leer las siguientes preguntas. Si la respuesta a CUALQUIERA de ellas es “SÍ”, sírvase poner una marca en este cuadro

- | |
|---|
| <p>1. TB puede causar fiebre de larga duración, pérdida inexplicable de peso, tos persistente (que dure más de dos semanas), o tos con sangre. Hasta donde usted sabe:</p> <p>¿Ha estado su hijo(a) cerca de alguien con alguno de estos síntomas o problemas? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ha tenido su hijo(a) alguno de estos síntomas o problemas? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ha estado su hijo(a) cerca de algún enfermo de TB? <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. ¿Nació su hijo(a) en México u otro país de Latinoamérica, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia, y está matriculándose por PRIMERA VEZ en una escuela de AISD? <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. El año pasado, ¿ha viajado su hijo(a) a México o a otro país de Latinoamérica, el Caribe, África, Europa Oriental, o Asia <u>durante más de 3 semanas</u>? Si es así, ¿cuál es el país? _____ <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Hasta donde usted sabe, ¿su hijo(a) ha pasado tiempo (<u>más de 3 semanas</u>) con alguien que vino hace poco de otro país a Estados Unidos, que use drogas IV, que haya estado encarcelado o en la prisión o que tenga enfermedad de VIH (SIDA)? <input type="checkbox"/></p> |

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es “SÍ”, sírvase marcar el cuadro de arriba.

Firma de Padre/Madre/Custodio legal _____ Fecha _____

.....

SÍRVASE DEVOLVER ESTA FORMA A LA ENFERMERA DE SU ESCUELA

IMMUNIZATION RECORDS REQUEST

Dear Parent/Guardian of _____ Date of Birth _____

School _____ ID# _____

School records indicate that your child needs more immunizations. **If you have an immunization record that shows that your child has received the immunizations listed below, please bring them to the School Nurse.**

Please contact your child's physician to get the needed shots if your child has not had the immunizations/test checked below.

The immunization records that the school has on file show that your child needs:

___ Hepatitis B ___#1 ___#2 ___#3

___ Polio

___ DTaP/DT/Td/DTP

___ MMR ___#1 or ___#2

___ Hib

___ Hepatitis A ___#1 ___#2

___ Pneumococcal C

___ TB Questionnaire (Complete attached questionnaire to return to school nurse.)

___ TB Skin Test Results or chest X-ray are needed

___ Varicella (Chickenpox) vaccine **or you may provide a written statement to the School Nurse giving the approximate date that your child had chickenpox.** Your School Nurse may provide a form for you to complete.

If your child has already received the needed immunizations/test, please send a copy of the record to the school office immediately. If your child has not received the needed immunizations/test, please contact your physician or clinic.

State Law requires that your child's immunizations be current. The complete immunization record needs to be in the school office by _____.

In order for your child to remain in school, this deadline must be met, unless an exemption has been filed with the school in accordance with Texas Education Code, Health and Safety Chapter, Section 38.0001.

If you have any questions or need help, please call your School Nurse at (512) _____ or you may fax records to (512) _____.

Date

School Principal

School Health Team

(Mirar al otro lado para Español.)

PETICIÓN DE REGISTROS DE VACUNAS

Muy estimados Padres/Custodio legal de _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ #de ID _____

Los registros de la escuela indican que su hijo(a) necesita más vacunas. **Si usted tiene registros de vacunas que demuestren que su hijo(a) ha recibido las vacunas necesarias de la siguiente lista, sírvase traerlos a la enfermera escolar.**

Sírvase comunicarse con el médico de su hijo(a) para conseguir las vacunas necesarias, si su hijo(a) no ha recibido las inmunizaciones/pruebas marcadas a continuación.

Los registros de vacunas que están en el archivo de la escuela demuestran que su hijo(a) necesita:

___ Hepatitis B ___#1 ___#2 ___#3

___ Polio

___ DtaP/DT/Td/DPT

___ MMR ___#1 o ___#2

___ Hib

___ Hepatitis A ___#1 ___#2

___ Pneumococcal C

___ Cuestionario de TB (Entrega esta forma a la enfermera escolar.)

___ Resultados de la prueba cutánea de TB o rayos X del pecho

___ Vacuna para Varicela (Viruela loca) **o usted puede presentar a la enfermera escolar una declaración escrita con la fecha aproximada en que su hijo(a) haya contraído la varicela.**

Su enfermera escolar puede darle la forma que necesita llenar.

Si su hijo(a) ha recibido ya las vacunas/pruebas necesarias, envíe por favor a la escuela inmediatamente una copia del registro. Si su hijo(a) no ha recibido las vacunas/pruebas necesarias, sírvase comunicarse con su médico o su clínica.

La Ley del estado exige que las vacunas de su hijo(a) estén al corriente. El registro completo de vacunas debe estar en la oficina de la escuela para el _____.

Para que su hijo(a) permanezca en la escuela, hay que cumplir con esta fecha límite, a menos que se haya solicitado y archivado una exención de acuerdo al Código de Educación de Texas, Capítulo de Salud y Seguridad, Sección 38.0001.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, sírvase llamar a su enfermera escolar al (512) _____, o envíe su registro por Fax al (512) _____.

Fecha

Director(a) de la escuela

Equipo de salud escolar

(See other side for English)

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

VARICELLA VERIFICATION FORM

DATE: _____
TO: Parent of _____
DOB: _____
FROM: _____, Student Health Services
SCHOOL: _____
PHONE: _____ **FAX:** _____
RE: Varicella Exemption (Proof of Chicken Pox Illness)

Children in all grades are required to have one dose of varicella vaccine (chicken pox) on or after their first birthday. Children who have had the disease are not required to have the vaccine, but must show proof of having had the disease.

The Texas Department of State Health Services requires that all schools record the existence of:

- ◆ Any statements confirming Varicella illness OR
- ◆ A copy of any blood tests proving Varicella immunity

If your child has had the disease Varicella (chicken pox), please fill out the statement below (may be doctor, parent or guardian) and return to the school nurse or immunization clerk at your child's school.

This is to verify that _____ had the Varicella disease (chicken pox) on or about _____ and does not need Varicella vaccine.
(Name of student)
(Date)

Signature Relationship to student

Date

OR

Confirmation of blood test showing Varicella immunity. (Copy attached)

Date Physician/Lab

