

## Tuberculosis Questionnaire

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Adults who live with, or spend a great deal of time with children, can transmit tuberculosis (TB) to them. TB is transmitted when a person who has TB coughs or sneezes releasing droplets into the air. The droplets are then inhaled by another person. The transmission of TB is more likely to occur when the child and the person who has TB, spend a lot of time together in a closed environment such as a car, a small room, or other similar situations.

Adults who have TB will often have 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. A person can have a tuberculosis infection and not have active tuberculosis.

- ◆ Not everyone who coughs has TB.
- ◆ TB can cause fever (low grade) of long duration, unexplained weight loss, failure to maintain adequate growth in children, weakness, chest pain, a bad cough, hoarseness, and/or coughing up blood.
- ◆ Tuberculosis is preventable and treatable.
- ◆ Children with active TB often do not show signs of illness. Infants are more likely to have symptoms.

Please read the following questions and mark the appropriate answers below. This information will help determine if your child needs a TB skin test. **Since your child's last TB skin test:**

1. Has anyone who lives in your home had tuberculosis or has your child been around anyone with tuberculosis?
2. <b>If this is your FIRST time to enroll in an AISD school</b> , was your child born in a foreign country or traveled to a foreign country such as Mexico, Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for a period of longer than three weeks?
3. Has anyone who lives in your home or is visiting your home, recently moved or traveled from such a country as listed above?
4. Has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is at increased risk for TB infection? This includes anyone who used IV drugs, has been in jail or prison, or has HIV disease (AIDS).
<b>Is the answer to any of the above questions "YES"?</b> _____

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, specify date / / ) No \_\_\_\_\_
- If "yes", did your child have a chest x-ray for a positive TB test?  
 Yes \_\_\_\_\_ (If yes, specify date / / ) Results of chest x-ray \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For healthcare provider use only**

PPD administered Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, Date administered / / Date read / / Results of PPD test \_\_\_\_\_ mm response

Type of service provider (i.e. clinic, private doctor, etc.) \_\_\_\_\_

PPD provider \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ printed name \_\_\_\_\_

Provider Phone Number \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

If positive, referral to healthcare provider Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, name of provider \_\_\_\_\_

**RETURN THIS FORM TO YOUR SCHOOL NURSE**

## Cuestionario sobre tuberculosis

Fecha de

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

*Adultos que viven con niños o pasan con ellos gran parte del tiempo, pueden contagiarles la tuberculosis (TB). La TB se contagia cuando una persona que la tiene tose o estornuda arrojando gotitas en el aire. Estas gotitas son luego aspiradas por otra persona. El contagio de TB es más probable cuando el niño(a) y la persona enferma pasan mucho tiempo juntos en un ambiente cerrado, como un automóvil, un cuarto pequeño u otras situaciones semejantes.*

Adultos enfermos de TB presentarán a menudo los siguientes síntomas: una tos que dura más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez o más libras en un corto período de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Niños con TB a menudo no presentan síntomas. Una persona puede tener una infección de tuberculosis y no tener tuberculosis activa.

- ◆ **No todo el que tose tiene TB.**
- ◆ **La TB puede producir fiebre (de bajo grado), de larga duración, pérdida inexplicable de peso; puede impedir que se mantenga el crecimiento adecuado en los niños; causar debilidad, dolor del pecho, tos mala, ronquera y/o toser emitiendo sangre.**
- ◆ **La tuberculosis puede prevenirse y tratarse.**
- ◆ **Niños con TB activa a menudo no muestran señales de enfermedad. Es más probable que se noten síntomas en los infantes.**

Sírvanse leer las siguientes preguntas y marcar abajo las respuestas adecuadas. Esta información servirá para determinar si su hijo(a) necesita la prueba de la piel, para tuberculosis. **Desde la última prueba de la piel para TB, de su hijo(a)...**

1. ¿Alguien que vive en su casa ha tenido tuberculosis, o su hijo(a) ha estado cerca de alguien que tenga tuberculosis?

2. **Si ésta es la PRIMERA vez que usted matricula en una escuela del AISD,** ¿nació su hijo(a) en un país extranjero o viajó a un país extranjero, como México, Latinoamérica, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia durante un período de más de tres semanas?

3. ¿Alguien que vive en su casa o está de visita, ha llegado recientemente de un país de la lista anterior, o ha viajado a él?

4. ¿Ha pasado tiempo (más de 3 semanas) con alguien que está en mayor riesgo de contraer TB? Esto incluye cualquiera que use drogas por vía intravenosa, que haya estado en la cárcel o en prisión, o que tenga mal de VIH (SIDA)?

*¿La respuesta a alguna de las preguntas anteriores es "SI"? \_\_\_\_\_*

3. ¿Se ha hecho a su hijo(a) prueba de TB? Sí \_\_\_\_\_ (Si dice sí, especifique la fecha / / ) No \_\_\_\_\_
4. ¿La prueba cutánea de TB de su hijo(a) ha sido positiva alguna vez? Sí \_\_\_\_\_ (Si dice sí, especifique la fecha / / ) No \_\_\_\_\_

➤ Si dice "sí", ¿Se tomó a su hijo(a) una radiografía para una prueba de TB positiva?

Sí \_\_\_\_\_ (Si dice "sí" especifique la fecha / / ) Resultados de la radiografía del pecho \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Firma de padres o custodio legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Solo para uso del proveedor de cuidados de salud

PPD administered Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, Date administered/\_\_\_/\_\_\_ Date read \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Results of PPD test \_\_\_\_\_ mm response

Type of service provider (i.e. clinic, private doctor, etc.) \_\_\_\_\_

PPD provider \_\_\_\_\_

signature

printed name

Provider Phone Number \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

If positive, referral to healthcare provider Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, name of provider \_\_\_\_\_

RETURN THIS FORM TO YOUR SCHOOL NURSE

**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

**VARICELLA VERIFICATION FORM**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**A:** Padres de \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DE:** \_\_\_\_\_, Student Health Services

**ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**PHONE:** \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_\_

**ASUNTO: Exención de varicela (Prueba de la enfermedad)**

Los niños que están en los grados EC - 12 deben de recibir una dosis de la vacuna de varicela en o antes de su primer cumpleaños. Los niños que han tenido la enfermedad no es necesario que reciban la vacuna. Es importante que usted entregue una forma diciendo que el niño o la niña ya habia afectado con varicela.

El Departamento de Salud requiere que todas las escuelas registren la existencia de:

- ◆ Cualquier declaración que confirme la enfermedad de varicela o
- ◆ Una copia de examen de sangre que compruebe inmunidad a la varicela

Si su hijo ha tenido varicela, favor de llenar la declaración de abajo (puede llenarla el doctor, padre o custodio legal) y devolverla a la enfermera de la escuela o a la encargada de vacunas en la oficina de la escuela de su hijo(a).

Esto verifica que \_\_\_\_\_ tuvo varicela alrededor de o en  
(Nombre del estudiante)  
\_\_\_\_\_ y no necesita que le apliquen la vacuna de varicela.  
(fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma Relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha



Confirmación de prueba de sangre que muestra inmunidad a la varicela. (Copia adjunta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Médico/ Laboratorio