



## Columbus Independent School District 2019-2020 Tuberculosis Screening

The Texas Department of Health (TDH) has developed a screening questionnaire to identify children who are at risk for tuberculosis (TB) infection and who require TB testing. The questionnaire will be a part of the regular registration packet that is completed by parents or guardians of all enrolling students. These procedures will be followed:

- The completed questionnaire and the student's immunization record will be reviewed by the school nurse (or principal, in the nurse's absence) to determine if any future course of action regarding risk need to be taken.
- If screening indicated as "low risk" probability, the student will be approved to begin classes on the Day following the evaluation.
- If the questionnaire indicates a "high risk" student, the student will be referred to the Texas Department of Health (TDH) or their private physician for the TB testing. Admission to school will be granted upon presentation of proof to the school nurse of initial TB testing.
- The nurse will evaluate the TB skin test in two to three (2-3) days and report the results to the test provider. The family will have five (5) days to follow up a positive result with the provider of the test.
- If the school nurse does not receive proof of the follow-up visit to the test provider within seven (7) days, the student will be excluded from school until such a follow-up is completed.

---

El Departamento de Salud de Texas (TDH) ha desarrollado un cuestionario de detección para identificar a los niños que están en riesgo de infección por tuberculosis (TB) y que requieren pruebas de TB. El cuestionario formará parte del paquete de inscripción regular que completarán los padres o tutores de todos los estudiantes que se inscriban. Estos procedimientos serán seguidos:

- El cuestionario completado y el registro de vacunas del estudiante serán revisados por la enfermera de la escuela (o el director, en ausencia de la enfermera) para determinar si se debe tomar algún curso de acción futuro con respecto al riesgo.
- Si el examen de detección se indica como probabilidad de "bajo riesgo", el estudiante será aprobado para comenzar las clases el día siguiente a la evaluación.
- Si el cuestionario indica un estudiante de "alto riesgo", el estudiante será referido al Departamento de Salud de Texas (TDH) o a su médico privado para la prueba de TB. La admisión a la escuela se otorgará previa presentación de la prueba a la enfermera de la escuela de la prueba inicial de TB.
- La enfermera evaluará la prueba cutánea de TB en dos o tres (2-3) días e informará los resultados al proveedor de la prueba. La familia tendrá cinco (5) días para hacer un seguimiento de un resultado positivo con el proveedor de la prueba.
- Si la enfermera de la escuela no recibe prueba de la visita de seguimiento al proveedor de la prueba dentro de los siete (7) días, el estudiante será excluido de la escuela hasta que se complete dicho seguimiento.



# Columbus Independent School District 2019-2020 Tuberculosis Screening

Name of Child \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Organization administering questionnaire \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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.

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 of ten or more 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 TB disease (this is called latent TB infection or LTBI).

Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called the 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.

We need your help to find out if your child has been exposed to tuberculosis.

Place a mark in the appropriate box:	Yes	No	Don't Know
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?			
Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks?  If so, specify which country/countries? _____			
To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?			

Has your child been tested for TB? Yes \_\_\_ (if yes, specify date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) No \_\_\_  
Has your child ever had a positive TB skin test? Yes \_\_\_ (if yes, specify date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) No \_\_\_

### For school/healthcare provider use only

\*\*\*\*\*

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

If yes,

Date administered \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date read \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result of PPD test \_\_\_\_\_ mm response

Type of service provider (i.e. school, Health Steps, other clinics) \_\_\_\_\_

PPD provider: \_\_\_\_\_  
signature printed name

Provider phone number: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

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

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





# Columbus Independent School District 2019-2020 Tuberculosis Screening

Nombre del niño o niña \_\_\_\_\_

Organización \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés).

La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculínica, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

	Sí	No	No se sabe
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?			
¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas?  Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.			
¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculínica recientemente? Sí\_\_\_ (si sí, especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) No\_\_\_  
¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? Sí\_\_\_ (si sí, especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) No\_\_\_

### Solamente para uso de la escuela o del proveedor de servicios médicos

¿Se administró PPD? Sí\_\_\_ No\_\_\_  
Si sí,  
Fecha en que fue administrada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de lectura \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado de la prueba \_\_\_ mm

Tipo de proveedor de servicio (ej.: escuela, Health Steps, otras clínicas) \_\_\_\_\_

Administrador de PPD \_\_\_\_\_  
firma nombre en letra de molde (imprenta)

Número de teléfono del administrador de PPD \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Si resultó positivo, ¿se refirió al proveedor de servicios de salud? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Si sí, nombre del proveedor (médico o clínica, etc.) \_\_\_\_\_