



Coast and Aloe Medicine and Aesthetics

Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.

2001 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404

Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

Tuberculosis (TB) Risk Assessment Questionnaire

Cuestionario de evaluación de riesgos de tuberculosis (TB)

To satisfy California Education Code Section 49406 and Health and Safety Code Sections 121525-121555. Para cumplir con la Sección 49406 del Código de Educación de California y las Secciones del Código de Salud y Seguridad 121525-121555.

- Do you have a history of a positive TB test or TB disease in the past? *(Tiene antecedentes de una prueba de tuberculosis positiva o enfermedad de tuberculosis en el pasado).*
 - Yes *(Si)* / No

- If you have had a Positive TB test in the past have you had a Chest X-ray? *(Si tuvo una prueba positiva de Tuberculosis positiva en el pasado, le hicieron una radiografía de Torax)?*
 - Yes *(Si)* / No
 - Date *(Fecha)*: _____

Risk Factors *(Factores de riesgo)*

- Do you have one or more signs and symptoms of TB? *(Tiene usted uno o más de los síntomas de TB)?*
 - Yes *(Si)* / No

- If so, please circle which one(s). *(Si es así, marque con un círculo cuál es).* Prolonged cough *(Tos Prolongada)* / Coughing up Blood *(Tos con Sangre)* / Fever *(Fiebre)* / Night Sweats *(Sueños Nocturnos)* / Weight Loss Excessive *(Pérdida de Peso)* / Fatigue *(Fatiga)*

*Note: A chest x-ray and/or sputum examination may be necessary to rule out Infectious TB.
(Nota: puede ser necesaria una radiografía de tórax y/o un examen de esputo para descartar TB infecciosa).*

- Have you had close contact with someone with infectious TB disease? *(¿Ha tenido contacto cercano con alguien con TB infecciosa)?*
 - Yes *(Si)* / No

- Were you born in a high TB-prevalence country? Any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in Western or Northern Europe? *(Nació en un país con alta prevalencia de tuberculosis? Cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país en Europa occidental o septentrional).*
 - Yes *(Si)* / No



Coast and Aloe Medicine and Aesthetics

Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.

2001 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404

Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

- Have you traveled to a high TB-prevalence country for more than 1 month? Any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in Western or Northern Europe. (*¿Ha viajado a un país con alta prevalencia de tuberculosis durante más de 1 mes? Cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país en Europa occidental o septentrional.*)
- Yes (Si) / No
- Are you a current or former resident or employee of a correctional facility, long-term care facility, hospital, or homeless shelter? (*Es usted residente actual o anterior o empleado de un centro correccional, centro de atención a largo plazo, hospital o refugio para personas sin hogar?*)
- Yes (Si) / No

Once a person has a documented positive test for TB Infection that has been followed by an x-ray that was deemed free of infectious TB, the TB risk assessment is no longer required. (Una vez que una persona tiene una prueba positiva documentada para la infección de TB seguida de una radiografía que se consideró libre de TB infecciosa, la evaluación del riesgo de TB ya no es necesaria).

Patient's Name (*Nombre del Paciente*)

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*)

Patient's Signature (*Firma del Paciente*)

Today's Date (*Fecha*)