



COLLEGE OF SOUTHERN IDHAO HEAD START/EARLY HEAD START
 998 Washington St. N.
 P.O. Box 1238
 Twin Falls, Idaho 83303-1238
 208-736-0741



Esta forma es para determinar si hijo(a) es propenso a tuberculosis

Nombre del niño(a) _____ Centro _____

Porfavor conteste Sí o No.

Si/No Mi niño tiene contacto con adultos que tienen tuberculosis.

Si/No Mi niño, los padres de mi niño o otra personas viviendo en la misma casa con el niño, son de paises que hay el virus de tuberculosis.

Si/No Mi niño esta propenso a encontrarse con trabajadores del campo que se mueven de parte a parte.

Si/No Mi niño esta propenso a encontrarse con personas infectas con SIDA, trabajadores del campo que se mueven de parte a parte, personas sin hogar, personas que usan drogas o personas que han sido encarceladas o están encarceladas.

Si/No Mi niño (a) ha salido fuera de los estados unidos americanos dentro del año.

Padre/Guardián	Fecha	FE III / HV	Fecha
----------------	-------	-------------	-------

_____ A PPD is not indicated at this time.

_____ A PPD is indicated

Early Head Start: The TB survey is administered to children 12 months old and up. For children under the age of 24 months a PPD is indicated ONLY if the answer to question #1 is "Yes." You will complete the survey for children under the age of 12 months only if illness is suspected.