

# San Mateo Union High School District



## TUBERCULOSIS CLEARANCE FORM

## FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DEL CERTIFICADO DE AUSENCIA DE TUBERCULOSIS

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Estimados padres:

Su hijo(a) eligió participar en un programa escolar que requiere un certificado de ausencia de tuberculosis, según se detalla a continuación:

- Los estudiantes adolescentes que trabajan con niños del preescolar (por ejemplo, guarderías, programas de jardín de niños) o niños de la escuela primaria (servicio escolar/comunitario) deberán presentar **anualmente** un certificado de ausencia de tuberculosis.
  
- Los estudiantes adolescentes que trabajan como empleados de la escuela (Departamento de alimentos y/o *Workability*) deberán presentar **cada cuatro años** un certificado de ausencia de tuberculosis.

El requisito se habrá cumplido cuando se presente un certificado de ausencia de tuberculosis **escrito por un médico**, dentro de los plazos mencionados arriba.

El certificado de la prueba de tuberculina puede solicitarse al médico de su hijo(a) o en una clínica.

### PHYSICIAN'S REPORT OF TUBERCULOSIS CLEARANCE

Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

TST/P.P.D. Date: \_\_\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_

X-Ray Date: \_\_\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_

QuantiFERON Date: \_\_\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_

Recommendations: INH \_\_\_\_\_ mg/daily for 9 months.

Date Started: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician/Clinic

NAME:  
ADDRESS:  
PHONE:

**STAMP or AFFIX PROVIDER NAME AND CONTACT INFORMATION**

**NOT VALID UNLESS STAMPED**

Health Office review/approval \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Health Aide or District Nurse