|  |
| --- |
| **Tuberculosis (TB) Screening** **Detección de tuberculosis (TB)** |
| **Active TB Screening:****Detección de tuberculosis activa:**[ ]  I do not have any of the below signs or symptoms of active pulmonary tuberculosis disease (that are not attributed to other medical diagnoses):[ ]  No presento ninguno de los siguientes signos o síntomas de tuberculosis pulmonar activa (que no sean atribuibles a otros diagnósticos médicos):* Cough (especially if lasting for 3 weeks or longer with or without sputum production)
* Coughing up blood (hemoptysis)
* Chest pain
* Loss of appetite
* Unexplained weight loss
* Night sweats
* Fever
* Tos (sobre todo si dura 3 semanas o más, con o sin producción de flema)
* Tos con sangre (hemoptisis)
* Dolor de pecho
* Pérdida del apetito
* Pérdida de peso inexplicable
* Sudoración nocturna
* Fiebre

**OR****O**[ ]  I have one or more of the above signs or symptoms of active pulmonary tuberculosis disease (that are not attributed to other medical diagnoses) & I agree to obtain a medical evaluation to exclude active TB.***Please upload your medical evaluation results under miscellaneous documents or provide to your assigned worker.***[ ]  Presento uno o más de los anteriores signos o síntomas de tuberculosis pulmonar activa (que no sean atribuibles a otros diagnósticos médicos) y me comprometo a hacerme una evaluación médica para excluir la TB activa.***Por favor cargue los resultados de su evaluación médica como documentos varios, o entréguelos a su trabajador asignado.*****Latent TB Screening:****Detección de TB latente:**[ ]  None of the below conditions for latent tuberculosis screening apply to me:[ ]  Ninguna de las siguientes condiciones para evaluación de tuberculosis latente se aplica a mi caso:* Born, live, or travel in a country with an elevated TB rate for at least one month
	+ - Includes countries where TB disease is common (most countries in Latin America, the Caribbean, Africa, Asia, Eastern Europe, and Russia.)
* Immunosuppression, current or planned
* Close contact to someone with infectious TB disease during a lifetime
* Have latent TB
* Nació, vivió o viajó en un país con índices elevados de TB por lo menos durante un mes
	+ - Esto incluye a países en donde la TB es común (la mayoría de los países de Latinoamérica, el Caribe, África, Asia, Europa oriental y Rusia).
* Inmunodepresión, actual o planeada
* Contacto cercano con alguien que tiene TB infecciosa de por vida
* Tiene TB latente

**OR****O** [ ]  If one or more of the above conditions apply to me, I agree to obtain a TB test (PPD or blood test) to exclude latent TB.***Please upload your test results under miscellaneous documents or provide to your assigned worker.***[ ]  Si una o más de las condiciones anteriores se aplican a mi caso, me comprometo a hacerme una prueba de TB (prueba de PPD o sangre) para excluir la TB activa.***Por favor cargue los resultados de su prueba como documentos varios, o entréguelos a su trabajador asignado.***[ ]  I know I have latent TB and agree to provide documentation from a medical provider excluding active TB. ***Please upload your documentation under miscellaneous documents or provide to your assigned worker.***[ ]  Sé que tengo TB latente y me comprometo a entregar documentos de un proveedor médico que excluyan la TB activa. ***Por favor cargue los documentos como documentos varios, o entréguelos a su trabajador asignado.*** |
| **Signature****Firma** |
| APPLICANT NAMENOMBRE DEL SOLICITANTE      | DATE OF BIRTHFECHA DE NACIMIENTO       |
| SIGNATUREFIRMA | DATEFECHA      |