NAFCC
La Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar

Forma de Detección de Tuberculosis (TB) para Cuidado Infantil Familiar

La paciente completa esta sección

Nombre: ____ **Teléfono: (______)** __________________

☐ ***Proveedora*** ***o*** ☐ ***Asistente***

____

Dirección **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Estatus de Detección de TB completado & firmado por un profesional de salud

La Tuberculosis se controlará requiriendo a los proveedores y asistentes que tengan un análisis de TB aceptable. Favor de marcar una de las siguientes:

☐ **El paciente ha tenido un resultado negativo de TB. -- Fecha del Examen: ___________**

☐ **Este paciente está en bajo riesgo de adquirir TB. No se recomienda una prueba en este momento.**

☐ **Este paciente tiene un resultado positivo de TB o ha tenido la enfermedad de TB y ahora se encuentra libre de indicios y síntomas de TB activa y está autorizado para trabajar con niños.**

☐ **Este paciente no tiene permiso para trabajar con niños.**

Firma del profesional de salud:____ **Fecha:** _________________

Nombre: ____ **Teléfono: (_____)** ______________________

____

Dirección **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

NOTE: *El Análisis de TB debe estar fechado dentro de los previos 2 años de la fecha en que se complete la documentación requerida para la aplicación de acreditación.*

Family Child Care TB Screening

Patient completes this section

Name: ____ **Telephone: (_____)** ________________

☐ **Child Care Provider** **or** ☐ **Assistant**

____

Address **City** **State** **Zip**

TB screening status completed & signed by a health care professional

Tuberculosis shall be controlled by requiring the provider and provider assistants to have an acceptable TB screening. Please check one.

☐ **This patient has a negative TB test.** **Date of test:** ____________________

☐ **This patient is low risk for acquiring TB. Testing is not recommended at this time.**

☐ **This patient has a positive TB test or has had TB disease and is now free of any signs and symptoms of active TB and is cleared to work with children.**

☐ **This patient is not cleared to work with children.**

Signature of health care professional: ____ **Date:** _____________

Name: ____ **Telephone: (_____)** ________________

____

Address **City** **State** **Zip**

NOTE: The TB Screening must be dated within 2 years prior to when the request accreditation application is complete.