



Nombre del
estudiante: _____

No. de ID del
estudiante: _____

Escuela/año
escolar: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Evaluación de Síntomas de Tuberculosis

_____ Tos por más de tres semanas

_____ Fiebre inexplicable

_____ Tos con sangre

_____ Pérdida de peso inexplicable

_____ Dolor de pecho inexplicable

_____ Sudores nocturnos

_____ Falta de apetito

_____ Fatiga

Para niños(as) menores de seis años

_____ Sibilancias/sonido en el pecho

_____ Falta de desarrollo

_____ Disminución de la actividad, capacidad de juego y/o energía

_____ Inflamación de los ganglios linfáticos

_____ Cambios de personalidad

Padre/madre/tutor: por favor ponga sus iniciales a continuación:

_____ El estudiante no ha tenido contacto con ninguna persona conocida o sospechosa de tener Tuberculosis (TB)

_____ Desde la última prueba negativa de TB realizada el _____, el estudiante no ha vivido en o viajado a un país donde la TB es prevalente.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del enfermero/a escolar: _____ Fecha: _____

Si el estudiante presenta uno o más de los síntomas mencionados, refiéralo a su proveedor de atención médica para recibir una evaluación adicional antes de su ingreso a la escuela.

Revisado 1/29/2026