

**TB QUESTIONNAIRE: STUDENTS**  
**Catholic Schools Office**  
**2024-2025 School Year**  
 Archdiocese of Galveston-Houston

Name of Child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Tuberculosis (TB) is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB lung disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child. Children who have active TB disease usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, weight loss of ten or more pounds over a short period of time, fever, chills and night sweats. A person can have TB germs in his or her body but not have active TB disease (this is called latent TB infection or LTBI). Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called the PPD or Mantoux test) is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the United States to prevent tuberculosis. The skin test is not a vaccination against TB. We need your help to find out if your child has been exposed to tuberculosis.

All information obtained herein will be kept in confidence

Place a mark in the appropriate box:	Yes	No	Don't Know
TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. As far as you know: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? or</li> <li>• Has your child had any of these symptoms or problems? or</li> <li>• Has your child been around anyone diagnosed with TB?</li> </ul>			
Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks? If so, specify which country/countries? _____			
To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?			

Has your child been tested for TB? Yes\_\_\_ (if yes, specify date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) No\_\_\_

Has your child ever had a positive TB skin test? Yes\_\_\_ (if yes, specify date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) No\_\_\_

Parent signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**For Physician use only-** (Must be a practicing physician/provider in the state of Texas per Texas Department of State Health Services guidelines)

PPD administered No\_\_\_ Yes\_\_\_ If YES: Date administered: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date read: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result of PPD test: \_\_\_\_\_ mm response

If positive, referral to physician No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, name of provider: \_\_\_\_\_

Are any future follow-up visits required? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, please notate in the comments.

Physician comments: \_\_\_\_\_

Physician signature \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE TUBERCULOSIS: NINO o NINA

**Catholic Schools Office**

**2024-2025 School Year**

Archdiocese of Galveston-Houston

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños. Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos. Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo, pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés). La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculina, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculina no es una vacuna contra la tuberculosis. Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

**Toda la información obtenida aquí se mantendrá confidencial.**

	Sí	No	No se sabe
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas?</li> <li>• su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas?</li> <li>• su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?</li> </ul>			
¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas?  Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.			
¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculina recientemente? No\_\_\_ Sí\_\_\_ (si sí, especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? No\_\_\_ Sí\_\_\_ (si sí, especifique la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Para uso médico solamente.** (Debe ser un médico en práctica en el estado de Texas)

PPD administered No\_\_\_ Yes\_\_\_ If YES: Date administered: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date read: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result of PPD test: \_\_\_\_\_ mm response

If positive, referral to physician No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, name of provider: \_\_\_\_\_

Are any future follow-up visits required? No\_\_\_ Yes\_\_\_ If yes, please notate in the comments.

Physician comments: \_\_\_\_\_

Physician signature \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_