



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 NAME
NOMBRE DEL SOLICITANTE

DATE OF BIRTH
FECHA DE NACIMIENTO

SIGNATURE
FIRMA

DATE
FECHA