|  |  |
| --- | --- |
| **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 |