



QFT and TST Consent Form

Seleccione una de las condiciones abajo y ponga sus iniciales (Nombre, Apellido) con la cual mejor se identifique. Si no entiende las condiciones hable con un proveedor de Tuberculosis ANTES de que le hagan el examen.

Motivo de la prueba:

- Condición médica/referido por el doctor
- Requisito del trabajo/escuela
- Autorización para inmigración
- Otro Especificar _____

1. Yo entiendo que la prueba de sangre de tuberculosis sólo me dice si he estado en contacto y si he sido infectado con la bacteria que causa tuberculosis. Iniciales _____
2. País de nacimiento _____
3. Historial de la vacuna de BCG? SI NO
4. Historial de examen de tuberculosis de la piel positivo? SI NO
Si es si ponga el resultado en (ml) _____
5. No he recibido ninguna vacuna viva en los últimos 30 días. SI NO
Si no está seguro acerca de las vacunas que ha recibido pregunte a la enfermera.
 - COVID-19 vacuna Yellow Fever MMR Varicella/chickenpox Zoster/shingles
 - Smallpox Vacuna intranasal contra la gripe
6. Yo entiendo que si yo tengo un desorden de inmunosupresora como (VIH, El lupus, soriasis, artritis, reumatoide, diabetes), el laboratorio tendrá que obtener dos (2) tubos de sangre. SI NO
Por favor escriba todas las complicaciones médicas hasta el momento: _____

7. Por favor escribe lista de medicamentos que esta tomando: _____

8. Has estado en la cárcel? SI NO
Si ha estado en la cárcel, donde? _____
9. Empleado o Desempleado? Si estas empleado nombre y dirección del trabajo:

X _____

Firma del Paciente

Fecha (Date)

PATIENT LABEL

Proveedor Signature _____