**Tuberculosis Questionnaire and Emergency Contact Information for Volunteers**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notify in Case of Emergency: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship: \_\_\_\_\_\_\_Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Please complete this form and submit it to the school Registered Nurse who will conduct the California School Employee Tuberculosis (TB) Risk Assessment Questionnaire and complete the Certificate of Completion Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination form.**

Please note: *The California Health and Safety Code, Section 121525-121555, and the California Education Code, Section 49406 require volunteers to document tuberculosis clearance within sixty (60) days before starting and every four years thereafter. The volunteer will be required to have the Adult Tuberculosis Risk Assessment Questionnaire administered by a licensed health care provider (including a school nurse). Repeat risk assessments should occur every four years (unless otherwise required) to identify any additional risk factors, and TB testing based on the results of the TB risk assessment. Retesting for previously certified volunteers should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last assessment. Previously certified volunteers who have a documented history of a positive TB test or a TB infection, and previously submitted a chest x-ray that was determined to be free of infectious TB, are not required to submit a new chest x-ray if there are no new risk factors.*

**I certify to the best of my knowledge:**

1. I have been previously certified as a volunteer for SMMUSD: **□** Yes **□** No
   1. If yes, year of last certification: \_\_\_\_\_\_\_\_
   2. If yes, school site of last certification: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. I have had a positive TB test or active TB in the past: **□** Yes **□** No
   1. If YES, date of positive TB test or active TB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. If YES, date of last chest x-ray: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. I have one or more signs or symptoms of TB (prolonged cough, coughing up blood, fever, night sweats, weight loss, or excessive fatigue): **□** Yes **□** No
2. I have had close contact with someone with infectious TB disease in my lifetime: **□** Yes **□** No
   1. If YES, year of close contact: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. I was born **OUTSIDE** of the USA / Canada: **□** Yes **□** No
4. If YES, name of country: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. I have traveled/resided outside the USA / Canada for more than 1 month: **□** Yes **□** No
6. If YES, name of country with dates of travel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I hereby swear and affirm that all answers and statements herein contained are true, and I agree and understand that any misstatements of material facts contained in this application will cause forfeiture upon my part of all rights to volunteer, either present or future, in the services of the Santa Monica – Malibu Unified School District.**

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature of Applicant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuestionario para los voluntarios acerca de la tuberculosis e información de los contactos en caso de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FdeN: \_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_ Núm. Telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Favor de completar esta forma y entregarla a la enfermera registrada de la escuela quien realizará la Evaluación de Riesgo de Tuberculosis (TB) del Empleado Escolar de California y completará el Certificado de Finalización de la Evaluación de Riesgo de Tuberculosis (TB) y/o el formulario de examinación.**

*Favor de tomar en cuenta: El Código de Salud y Seguridad de California, Sección 121525-121555, y el Código de Educación de California, Sección 49406 requieren que los voluntarios documenten que no son portadores de tuberculosis dentro de los sesenta (60) días previos a la fecha de inicio y de ahí cada cuatro años. Es necesario que el/la voluntario(a) complete el Cuestionario de Evaluación de Riesgo de Tuberculosos para Adultos, mediante un proveedor de salud titulado (que incluye a la enfermera de la escuela). Esta evaluación de riesgo se debe repetir cada cuatro años (a menos que se indique lo contrario) para identificar otros factores de riesgo, y realizar las pruebas de TB conforme al resultado de la evaluación de TB. La repetición de las pruebas para voluntarios previamente autorizados se debe hacer solamente en persona si dio negativo en la prueba anteriormente y desde entonces presenta nuevos riesgos. Los voluntarios previamente autorizados que han documentado pruebas positivas de TB o de infección con TB, y entregaron los resultados de una prueba de rayos X en la que se determinó que no está infectado con TB, no tienen que entregar otra prueba de rayos X si no hay nuevos factores de riesgo.*

**Certifico según mi leal saber y entender:**

1. Se me ha autorizado anteriormente como voluntario(a) del SMMUSD: **□** Sí **□** No
   1. De ser así, el año en que recibió la última autorización: \_\_\_\_\_\_\_\_
   2. De ser así, la escuela en la que estuvo autorizada por última vez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. En el pasado la prueba TB dio positivo o tuve TB activa: **□** Sí **□** No
   1. De ser así, la fecha de la prueba TB que dio positivo o TB activa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. De ser así, la fecha del último rayos X: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tengo uno o más señales o síntomas de TB (tos prolongada, tos con sangre, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso o cansancio excesivo): **□** Sí **□** No
2. En toda mi vida he estado en contacto con alguien enfermo con TB: **□** Sí **□** No
   1. De ser así, fecha en la que estuvo con contacto directo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Nací **FUERA** de los EE. UU/Canadá: **□** Sí **□** No
4. De ser así, nombre del país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. He viajado/vivido fuera de los EE. UU/Canadá por más de 1 mes: **□** Sí **□** No
6. De ser así, nombre del país y las fechas en que viajó: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por el presente juro y afirmo que todas las respuestas y declaraciones expresadas aquí son verdaderas, y estoy de acuerdo y comprendo que cualquier declaración falsa de hechos relevantes en este formulario serán motivo de la pérdida de todos los derechos como voluntario, ya sea en el presente o en el futuro, al servicio del Distrito Escolar Unificado de Santa Mónica – Malibú.**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_