

**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**Oficina del Vicesuperintendente**  
**Servicios Instruccionales**

BOLETIN N° 3  
22 de agosto de 2006

ANEXO A

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

Estimado Voluntario:

Antes de comenzar a trabajar, todos los voluntarios deberán demostrar que no son portadores del virus de la tuberculosis. De acuerdo a lo establecido en el Código de Salubridad del Estado de California 3454 (a) es obligatorio someterse a una Reacción de Mantoux para la tuberculosis. La misma debe llevarse a cabo dentro de los 6 meses antes de comenzar a prestar servicios. La prueba epidérmica múltiple o cutirreacción no será aceptada. Si la Reacción de Mantoux resulta positiva, será necesario presentar radiografías de tórax. (AQUELLAS PERSONAS QUE SE TOMARAN LAS RADIOGRAFIAS EN ALGUN CENTRO DEL LAUSD: Si usted tiene niños pequeños y no tiene con quien dejarlos. POR FAVOR VENGA ACOMPAÑADO/A DE ALGUN OTRO ADULTO QUE LOS PUEDA CUIDAR O VENGA SOLO). No se aceptarán radiografías que no estén acompañadas del historial de una prueba positiva previa. Esta información debe estar incluida en la carta que consta a continuación.

El siguiente formulario deberá ser presentado a un médico particular, clínica o centro de salud, junto con los datos antes mencionados. Si no cuenta con los recursos para pagar las tarifas de la clínica pública, podrá solicitar una extensión del pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del Director

\*\*\*\*\*

**LA SIGUIENTE INFORMACION DEBERA SER COMPLETADA POR EL MEDICO/LA CLINICA:**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_

**NO EXISTE EVIDENCIA DE TUBERCULOSIS SEGUN LO DEMUESTRA LA:**

\_\_\_\_\_ REACCION DE MANTOUX (5 TU PPD)  
\_\_\_\_\_ RADIOGRAFIAS DE TORAX (SOLAMENTE SI RESULTARA POSITIVA LA REACCION DE MANTOUX)

FECHA DE LA REACCION \_\_\_\_\_ FECHA EN QUE SE LEYO EL RESULTADO \_\_\_\_\_ FECHA DE  
LAS RADIOGRAFIAS \_\_\_\_\_

TOMADA POR \_\_\_\_\_ RESULTADO DE LA PRUEBA DE MANTOUX (mm) \_\_\_\_\_

RESULTADOS DE LAS RADIOGRAFIAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ HISTORIAL DE MANTOUX

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO O ENFERMERA REGISTRADA

\_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE SE REVISO EL INFORME

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MEDICO O ENFERMERA REGISTRADA

\_\_\_\_\_  
TITULO

\_\_\_\_\_  
NO. DE LICENCIA ESTATAL

\_\_\_\_\_  
DIRECCION DE NEGOCIOS

\_\_\_\_\_  
CALLE

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
CODIGO

TELEFONO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_