

CUESTIONARIO ANUAL

Nombre: _____

SS: XXX-XX-_____

Fecha de nacimiento: _____

	Si	No
¿Tiene síntomas respiratorios no resueltos?	☐	☐
¿Está tosiendo sangre ?	☐	☐
¿Está experimentando pérdida de peso sin explicación ?	☐	☐
¿Está experimentando aumento de sudores nocturnos ?	☐	☐
¿Alguna enfermedad grave, hospitalización o lesiones importantes en el último año?	☐	☐
En caso afirmativo, especifique:	☐	☐
¿Ha visitado algún país excepto Australia, Nueva Zelanda, Canadá, EE.UU., Europa Occidental durante más de un mes?	☐	☐
¿Ha estado inmunodeprimido actualmente o en el pasado?	☐	☐
¿Ha tenido contacto cercano con alguien con tuberculosis?	☐	☐

Certifico que esta información es correcta y comprendo que soy responsable de notificar a True Care si se desarrolla alguno de los síntomas anteriormente mencionados .

Entiendo que la tuberculosis (TB) es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa y que afecta principalmente a los pulmones. La bacteria que causa la TB se transmite de persona a persona a través de pequeñas gotas que se liberan en el aire al toser o estornudar. Los síntomas incluyen los mencionados anteriormente. La tuberculosis se puede prevenir protegiéndose de las personas infectadas con el equipo de protección adecuado que sería proporcionado por True Care. Notificará a True Care si tiene algún síntoma de TB o si fue expuesto a la TB.

También certifico que no estoy consumiendo, no estoy habituado ni soy adicto a algún fármaco depresor, estimulantes, narcóticos, alcohol u otras drogas que puedan alterar mi comportamiento y que soy completamente capaz de realizar las tareas de mi trabajo como lo requiere True Care.

Firma Cuidadora /Empleado : _____

Profesional Certificado: _____

Licencia#: _____ Fecha: _____

STAMP	
	117 CHURCH AVE BROOKLYN, NY 11218 718-854-8783

