

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Rick Scott
Governor

John H. Armstrong, MD, FACS
State Surgeon General & Secretary

Vision: To be the **Healthiest State** in the Nation

29 de abril 2015

Estimados padres de familia:

Aquí les informamos que una persona en la escuela de su hijo/hija está bajo una investigación de sospecha de tuberculosis (TB). La tuberculosis es causada por una bacteria que se transmite por medio del aire. Por eso recomendamos que aquellos estudiantes, profesores y otros empleados de la escuela con contacto extensivo con este estudiante se sometan a una prueba de sangre de TB. Esta prueba muestra si los gérmenes de TB han infectado a otra persona. Su hijo/hija ha sido identificado/a como alguien que ha estado en contacto con esta persona. El Departamento de Salud de la Florida en el Condado de Pinellas (DOH-Pinellas) llevará a cabo exámenes de sangre gratis en la escuela el **martes, 5 de mayo**, entre las horas de **7:00 de la mañana y las 12:30 de la tarde**. Si su hijo se presenta en la clínica de la escuela durante esos dos días, se recomienda que desayune y beba suficientes líquidos para la prueba de sangre.

Su hijo/hija también puede hacerse la prueba de sangre en el consultorio de su médico privado o en nuestros centros de salud. Si usted decide obtener la prueba en una clínica privada, necesitamos una declaración por escrito del tipo de prueba de TB que obtuvo y los resultados. También necesitamos saber el nombre del médico y su número de teléfono.

Su permiso es necesario para que su hijo/hija obtenga la prueba de TB en su escuela. **Por favor, llene y firme el permiso en esta página y devuélvelo a la clínica escolar lo más pronto posible.**

Si prefiere obtener la prueba en el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, llame al (727) 824-6953 para hacer una cita. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a la enfermera de TB al **(727) 824-6953**.

PERMISO PARA PRUEBA DE SANGRE DE TB

Nombre del estudiante: (Apellido, nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección _____

Grado _____ Maestro/a _____

¿Ha tenido alguna vez su hijo/hija una prueba de TB? Sí, en esta fecha__ No__

Nombre del médico o clínica de su hijo/hija _____ Número de teléfono _____

Firma _____ Fecha _____