

Virginia Department of Health
CONTACT REGISTRATION FORM
(PLEASE PRINT)

Referrals: _____

Pregnant? Y N

Action Taken: _____

Today's Date: _____ **Site:** _____

CLIENT SECTION

Last _____ First _____ Middle _____

Birth Date _____ SSN _____

Home Address _____ Apt # _____

City, State, Zip _____

Phone: (_____) _____ Cell Phone: (_____) _____

Race _____ Sex _____ Marital status _____ Physician/Provider: _____

Country of Origin: _____ Provider #: (_____) _____

Parent/Guardian: _____ Other #: (_____) _____

Health Dept. Use Only

Web Vision ID#: _____

Health Department Use Only City/County of Residence: _____

Contact Association

Other _____

Prior Mantoux TST? ___ Yes ___ No

If yes, Date: _____ Induration: _____ mm

Location where TST was done: _____

Prior Tx: ___ No ___ Yes → ___ Disease ___ LTBI

Meds Taken: _____

TB Symptoms (Check all that apply)

___ None
___ Cough ≥ 3 weeks
___ Productive
___ Hemoptysis
___ Fever, unexplained
___ Unexplained weight loss
___ Poor appetite
___ Night Sweats
___ Fatigue

→ These items should be evaluated in context.

TST #1 Arm: ___ Left ___ Right

Date Given: _____ Time: _____

Date Read: _____ Time: _____

Result: _____ mm ___ Positive ___ Negative

Signature: _____ POS# _____

Additional Individual Risk for Infection (Check all that apply)

___ Lived - High Prevalence Country
___ List Country: _____
___ Resident/Employee of a congregate setting
___ Medically underserved
___ Uses illegal drugs
___ Homeless within the last 2 years
___ Past known contact; Where/When: _____

TST #2 Arm: ___ Left ___ Right

Date Given: _____ Time: _____

Date Read: _____ Time: _____

Result: _____ mm ___ Positive ___ Negative

Signature: _____ POS# _____

Individual Risk for Progression to Disease (Check all that apply)

___ HIV infection
___ Medical conditions that increase risk: (diabetes, ESRD, Cancer, 10% below ideal weight, etc.)
___ History of inadequate TB treatment
___ Immunosuppressive therapy: (steroids, cancer treatment, include treatment for Rheumatoid Arthritis such as Remicade, Humira, etc.)

IGRA #1 Type: ___ QFT-G-IT ___ T-Spot

Date drawn: _____

Result: ___ Pos ___ Neg ___ Borderline/Indeterminate

Signature: _____ POS# _____

Allergies: _____

IGRA #2 Type: ___ QFT-G-IT ___ T-Spot

Date drawn: _____

Result: ___ Pos ___ Neg ___ Borderline/Indeterminate

Signature: _____ POS# _____

Notes: _____

Por la presente autorizo a los médicos, enfermeros o enfermeras practicantes del Departamento de Salud de Virginia a que me administren la prueba cutánea de la tuberculina (por sus siglas en inglés TST) o me extraigan sangre para una prueba de liberación de interferón gamma (por sus siglas en inglés IGRA) a mí o a mi hijo(a) mencionado(s) anteriormente. Acepto que los resultados de esta prueba se compartan con otros proveedores de atención médica.

Me explicaron y entiendo de qué se trata el Consentimiento Considerado para enfermedades transmitidas por la sangre. Doy fe que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia. Entiendo que - esta información será utilizada por los proveedores de atención médica para la atención y sólo con fines estadísticos. - esta información será confidencial. - los expedientes médicos deben conservarse como mínimo durante 10 años después de mi última visita, 5 años después de mi fallecimiento; para los hijos menores de edad, 5 años después de los 18 años o 10 años después de la última visita, lo que suceda primero.

X _____ Date: _____