

**Virginia Department of Health**  
**CONTACT REGISTRATION FORM**  
(PLEASE PRINT)

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 #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Web Vision ID#:** \_\_\_\_\_ **Health Department Use Only** **City/County of Residence:** \_\_\_\_\_

Referrals: \_\_\_\_\_

Pregnant? Y N

Action Taken: \_\_\_\_\_

**Health Dept. Use Only**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Contact Association</b><br/> <br/> <br/> <br/> <br/> <br/> Other _____</p> <p><b>Prior Mantoux TST?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br/> If yes, Date: _____ Induration: _____ mm<br/> Location where TST was done: _____<br/> Prior Tx: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → Disease <input type="checkbox"/> LTBI<br/> Meds Taken: _____</p> <p><b>TST #1</b> Arm: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right<br/> Date Given: _____ Time: _____<br/> Date Read: _____ Time: _____<br/> Result: _____ mm <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative<br/> Signature: _____ POS# _____</p> <p><b>TST #2</b> Arm: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right<br/> Date Given: _____ Time: _____<br/> Date Read: _____ Time: _____<br/> Result: _____ mm <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative<br/> Signature: _____ POS# _____</p> <p><b>IGRA #1</b> Type: <input type="checkbox"/> QFT-G-IT <input type="checkbox"/> T-Spot<br/> Date drawn: _____<br/> Result: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminate<br/> Signature: _____ POS# _____</p> <p><b>IGRA #2</b> Type: <input type="checkbox"/> QFT-G-IT <input type="checkbox"/> T-Spot<br/> Date drawn: _____<br/> Result: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminate<br/> Signature: _____ POS# _____</p> | <p><b>TB Symptoms</b> (Check all that apply)<br/> <input type="checkbox"/> None<br/> <input type="checkbox"/> Cough ≥ 3 weeks<br/> <input type="checkbox"/> Productive<br/> <input type="checkbox"/> Hemoptysis<br/> <input type="checkbox"/> Fever, unexplained<br/> <input type="checkbox"/> Unexplained weight loss<br/> <input type="checkbox"/> Poor appetite<br/> <input type="checkbox"/> Night Sweats<br/> <input type="checkbox"/> Fatigue _____</p> <p style="text-align: right;">These items should be evaluated in context.</p> <p><b>Additional Individual Risk for Infection</b> (Check all that apply)<br/> <input type="checkbox"/> Lived - High Prevalence Country<br/> List Country: _____<br/> <input type="checkbox"/> Resident/Employee of a congregate setting<br/> <input type="checkbox"/> Medically underserved<br/> <input type="checkbox"/> Uses illegal drugs<br/> <input type="checkbox"/> Homeless within the last 2 years _____<br/> <input type="checkbox"/> Past known contact; Where/When: _____</p> <p><b>Individual Risk for Progression to Disease</b> (Check all that apply)<br/> <input type="checkbox"/> HIV infection<br/> <input type="checkbox"/> Medical conditions that increase risk: (diabetes, ESRD, Cancer, 10% below ideal weight, etc.)<br/> <input type="checkbox"/> History of inadequate TB treatment<br/> <input type="checkbox"/> Immunosuppressive therapy: (steroids, cancer treatment, include treatment for Rheumatoid Arthritis such as Remicade, Humira, etc.)<br/> Allergies: _____<br/> <br/> Notes: _____</p> |
|---|--|

I hereby authorize the doctors, nurses, or nurse practitioners of the Virginia Department of Health to administer the Tuberculin Skin Test (TST) or draw blood for an Interferon Gamma Release Assay (IGRA) test from me or my child named above.

I agree that the results of this test may be shared with other health care providers.

The Deemed Consent for blood borne diseases has been explained to me and I understand it.

I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices from the Virginia Department of Health.

I understand that:

- this information will be used by health care providers for care and for statistical purposes only.
- this information will be kept confidential.
- medical records must be kept at a minimum for 10 years after my last visit, 5 years after death; for minor children, 5 years after the age of 18, or 10 years after the last visit, whichever is greater.

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**वर्जीनिया स्वास्थ्य विभाग (Virginia Department of Health)- ट्यूबरकुलिन्ट्वचा परीक्षण (Tuberculin Skin Test) केलिए सहमित**

***Virginia Department of Health - Consent for Administration of the Tuberculin Skin Test-Hindi***

मैं वर्जीनिया स्वास्थ्य विभाग केलॉक्टरों, नर्सों या नर्स प्रैक्टिशनर्स को ट्यूबरकुलिन्ट्वचा परीक्षण (TST) करने या मुझसे या ऊपर बताए गए मेरे बच्चे से इंटरफेरॉन गामा रिलीज़ एसे (Gamma Release Assay, IGRA) परीक्षण के लिए रक्त लेने के लिए अधिकृत करता(ती) हूँ।

मैं इस बात से सहमत हूँ कि इस परीक्षण केरिणाम अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ साझा किए जा सकते हैं।

मुझे रक्त जनित रोगों के लिए मान्य सहमति के बारे में समझाया गया है और मैं इसे समझता(ती) हूँ।

मैं यह स्वीकार करता(ती) हूँ कि मुझे वर्जीनिया स्वास्थ्य विभाग से गोपनीयता प्रथाओं की सूचना प्राप्त हुई है।

मैं यह समझता(ती) हूँ कि:

- इस जानकारी का उपयोग स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा केवल देखभाल और सांख्यिकीय उद्देश्यों के लिए किया जाएगा।
- यह जानकारी गोपनीय रखी जाएगी।
- चिकित्सा रिकॉर्ड मेरी अंतिम मुलाकात के बाद कम से कम 10 वर्षों तक, मृत्यु के बाद 5 वर्षों तक; नाबालिग बच्चों के लिए, 18 वर्ष की आयु के बाद 5 वर्ष तक, या अंतिम मुलाकात के बाद 10 वर्ष तक, जो भी अधिक हो, रखे जाने ज़रुरी हैं।

हताक्षर \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_