



Tuberculosis Screening Patient Information Form

Date (Fecha): _____/_____/_____

Last Name (Apellido) _____

First Name (Primer Nombre) _____ Middle (Segundo Nombre) _____

Social Security Number (Número de Seguro Social) _____

Birth Date (Fecha de nacimiento) _____/_____/_____
Month (mes) Day (día) Year (año)

Race (Raza) _____ Sex/Gender (Género) M F

Address (Dirección) _____ Apt# _____

City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (Código Postal) _____

Email address (Correo Electrónico) Optional (opcional) _____

Cell Phone# ____/____/____ Home Phone # ____/____/____ Work Phone # ____/____/____

Preferred Language (Idioma Preferido) _____ Country of Origin (País de origen) _____

Date of arrival in USA (Fecha de Llegada a EEUU) _____

Return visit to country/Trip duration (Ha regresado de visita a su país/Por cuánto tiempo): _____

This section is for Parent/Guardian to fill out, if above person receiving TB test today is a child/minor
(Esta sección es para el Padre o apoderado si la persona que va a recibir la prueba de TB es Menor de edad):

Last Name (Apellido) _____ First Name (Primer Nombre) _____

Birth Date (Fecha de nacimiento) _____/_____/_____
Month (mes) Day (día) Year (año) Relationship (Parentesco) _____