

TB TEST PERMISSION FORM

Dear HSHMC Family,

In an effort to protect staff and patients, Sharp is asking that all staff and volunteers control the risk of contracting and spreading Tuberculosis (TB). Our records indicate that your child needs to receive his/her TB to participate in their hospital internship in the fall when we return to school.

As a convenience, Nurses from the Occupational Health Department will administer the TB vaccines at HSHMC to students who need it, for free.

By signing the form, you agree to permit the nurses to administer the TB vaccination on Tuesday, September 10, 2019 and read the results on Thursday, September 12, 2019

Thanks for your continued support.

HSHMC staff

Please sign below to acknowledge that you have read and understand the contents of this agreement.

I have given consent for my child to receive the TB. I understand this is a requirement for my child to attend their hospital internship.

STUDENT NAME: (please print)

Grade: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: (please print)

Parent/Guardian Signature:

Date: _____

Querida HSHMC Familia,

En un esfuerzo por proteger al personal y pacientes, Sharp está pidiendo que todo el personal y voluntarios controlen la tuberculosis (TB). Nuestros registros indican que su hijo/a tendrá que demostrar (TB) para participar en viajes al hospital.

Las enfermeras del Departamento de Salud Ocupacional administrarán las pruebas (TB) en HSHMC a estudiantes que lo necesitan, de forma gratuita, ver si los estudiantes tienen un resultado negativo o positivo (TB).

Al firmar el formulario, usted acepta permitir que el personal de enfermería administre la prueba de piel de tuberculosis (TB) el Martes, Septiembre 10 y los resultados será leído el Jueves, Septiembre 12 2019.

Si su hijo ha tenido alguna vez una radiografía de tórax para la tuberculosis (TB), él/ella no debe ser hacer la prueba de piel. En cambio, usted puede proporcionar a la escuela con una copia de la radiografía del pecho de la tuberculosis (TB) de su hijo/a.

Gracias por su continuo apoyo.

Personal de HSHMC

Por favor firme abajo que reconoce que ha leído y entiende el contenido de este acuerdo.

Doy consentimiento para que administren a mi hijo/a el examen (TB). Yo entiendo que este es un requisito para mi hijo comience su práctica de hospital.

STUDENT NAME: (please print)

Grade: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: (please print)

Parent/Guardian Signature:

Date: _____