

PARTE III – PRUEBA DE TUBERCULOSIS (A completar por un médico)

Nombre y Apellido/s del Solicitante: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____ País: _____

Tel: _____ E-mail: _____ País de Ciudadanía: _____

Tuberculosis – Marcar los espacios correspondientes

1. PPD (Mantoux o Tine) exámen realizado dentro de los dos años pasados (Monovac no es aceptable).

Resultado: Positivo Negativo _____ - _____

Resultado: Positivo Negativo _____ - _____

2. Si el anterior dio positivo debe someterse a Rayos X del pulmón. Por favor, indique el resultado de los Rayos X.

Resultado: Positivo Negativo _____ - _____

Resultado: Positivo Negativo _____ - _____

Doctor Que Realiza el Exámen (Por favor, escriba a máquina o con letra de molde la siguiente información):

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ País _____

Número de Teléfono _____ Fecha _____

Firma y sello del Doctor: _____