

Colocación de PPD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Doy permiso que para que le hagan a mi hijo/a la prueba de la piel de PPD. Entiendo que él/ella deberá volver para una lectura dentro de las 48-72 horas o se deberá repetir la prueba.

Firma de padre/madre: _____

El paciente nombrado arriba fue visto el _____ para colocación de PPD.

PPD colocado en el brazo _____

Revisar el brazo _____ el _____ y llamar a SBHC para obtener los resultados.

La lectura de PPD fue de _____ mm.

Inoculado por: _____

Leído por: _____

