

Plan de Tratamiento de la Tuberculosis (TB) Activa

Active TB Treatment Plan: Spanish

El proveedor del cuidado de la salud revisará las instrucciones apropiadas. El cliente colocará sus iniciales al lado de las instrucciones marcadas.

- Yo entiendo que yo (puede que tenga / tengo) tuberculosis activa y que necesito tomar medicamentos para la TB por un período de tiempo extendido. Puede que yo necesite tomar medicamentos por más tiempo que el que inicialmente se me ha dicho, si mi condición clínica cambia _____**
- Yo estoy de acuerdo en tomar mi medicamento, según se me ha ordenado. Yo llamaré al departamento de salud si yo no puedo tomar mi medicamento por cualquier razón. Se me ha explicado la Terapia Observada Directamente (Directly Observed Therapy o DOT) y yo he firmado un acuerdo para la DOT _____
 - Se me han explicado los efectos laterales de mi medicamento y yo estoy de acuerdo en llamar al departamento de salud inmediatamente al _____, si yo desarrollo cualquiera de los efectos laterales _____
 - Yo estoy de acuerdo en mantener todas las citas clínicas. Si yo no puedo asistir a una cita, yo llamaré al departamento de salud y volveré a programar otra cita dentro de siete (7) días _____
 - Yo acuerdo proveer esputo, orina o especímenes de sangre, según se me solicite _____
 - Yo estoy de acuerdo en decirle al departamento de salud de cualquier cambio en mi salud _____
 - Yo estoy de acuerdo en decirle al departamento de salud si cambio de dirección residencial o cambio mi número de teléfono. Yo acuerdo decirle al departamento de salud cómo ponerse en contacto conmigo en persona y por teléfono _____
- Yo soy contagioso y puedo propagarle la enfermedad a otros _____**
- Yo permaneceré en mi hogar en aislamiento. Tanto como sea posible, permaneceré alejado de otras personas en mi casa al mantenerme en mi habitación o llevar puesta una máscara quirúrgica cuando yo salga de la habitación. Yo entiendo que se recomienda encarecidamente mantener habitaciones o camas separadas _____
 - Yo me cubriré la boca y nariz con un pañuelo desechable cuando yo vaya a toser o estornudar. Estos pañuelos desechables deberán ser desechados en el inodoro, quemados o colocados en una bolsa sellada a prueba de goteos antes de ser desechadas _____
 - Yo entiendo que mis actividades están limitadas. Yo no viajaré, no iré a trabajar, no iré a la escuela, no iré a la escuela, no iré de compras o participaré en ninguna otra actividad en la que vaya a entrar en contacto con otras personas _____
 - Yo acuerdo no salir de mi hogar, excepto para mantener mis citas médicas. Yo estoy de acuerdo en llevar puesta una máscara quirúrgica cuando vaya a la clínica y a las oficinas de los médicos _____
 - Yo no le permitiré a nadie que no sea a éstos que viven conmigo, o a aquéllos que me provean cuidado, la entrada a mi hogar y me mantendré alejado de los niños pequeños _____
 - Yo entiendo que estas instrucciones de aislamiento permanecen en efecto hasta que el departamento de salud me haya dicho que ya no debo permanecer en aislamiento _____
 - Yo entiendo que estas instrucciones de aislamiento pueden tornarse efectivas nuevamente después de que se me haya dicho que ya no soy contagioso, si mi situación clínica cambia _____
 - Yo acuerdo ayudar con la investigación de contacto al compartir los lugares en que he estado y los nombres de las personas que han estado a mi alrededor para prevenir que mi familia, amigos o compañeros de trabajo desarrollen esta enfermedad _____

- Yo entiendo las razones por las que necesito completar mi tratamiento y que se puede tomar acción legal contra mí, si yo fallo en seguir mi plan de tratamiento _____**

Yo he recibido una copia de este plan de tratamiento. Éste me ha sido explicado y todas mis preguntas han sido contestadas. Yo estoy de acuerdo en seguir este plan de tratamiento.

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Firma del Representante de la Salud Pública _____ Fecha _____