

Rechazo de Cuidados

Refusal of Care: Spanish

Nombre _____ Fecha de nac. _____

Se me ha informado acerca de la Infección Latente de Tuberculosis (LTBI - siglas en inglés) y la enfermedad de la Tuberculosis (TB).

Entiendo por qué yo debería:

- Ser evaluado(a) por TB
- Tomar medicamento para LTBI
- Otro _____

He decidido que no deseo seguir las recomendaciones médicas ofrecidas. Se me ha informado que los signos y síntomas de la enfermedad de TB activa son fiebre, sudores nocturnos, tos que dura más de 3 semanas, tos con sangre, dolor de pecho, fatiga y pérdida de peso inexplicable. Entiendo que si desarrollo cualquier signo y síntoma de la enfermedad de TB activa, necesito buscar cuidado médico inmediatamente. Entiendo que TB es una enfermedad infecciosa que puede ser pasada a otros y que se pueden tomar pasos legales si no busco cuidados médicos y pongo a otros en riesgo de ser enfermados o infectados.

Luego entonces, yo tomo responsabilidad personal en relación al posible desarrollo futuro de tuberculosis que pudo haber sido evitado si yo hubiera seguido las recomendaciones de arriba.

(Cliente)

(Fecha)

(Representante de Salud Pública/Título)

(Fecha)

(Testigo/Intérprete)

(Fecha)