

Consentimiento y Plan de Tratamiento

Infección de Tuberculosis Latente (LTBI) Consent to Treatment and Treatment Plan – LTBI: Spanish

Yo, _____, he sido asesorado y aconsejado por
(Nombre del Cliente)

_____ y basado en la información disponible, yo (puede que tenga
(Representante de Salud Pública/Título)

/ tengo) una infección de tuberculosis latente. Se me ha explicado lo siguiente:

1. LTBI significa que yo he sido infectado por el germen de la TB, *M. tuberculosis*. Mi sistema inmunológico ha encapsulado los gérmenes para mantenerlos durmientes. Yo no tengo síntomas y no puedo propagarle el germen a otros.
2. Yo sé que sin el tratamiento, yo puedo enfermarme con la enfermedad de la TB activa y tener síntomas, tales como tos, fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso o cansancio extremado. Si aparece cualquiera de esos síntomas, yo estoy de acuerdo en llamar al departamento de salud al _____ inmediatamente.
3. Yo estoy de acuerdo en seguir este plan de tratamiento. Yo acuerdo venir al departamento de salud para evaluaciones médicas y para rellenar pastillas, según se me ordene y a cooperar con mi tratamiento. Si yo no puedo asistir a una cita, yo llamaré al departamento de salud inmediatamente y volveré a programar otra cita dentro de siete (7) días.
4. Yo acuerdo tomar mi medicamento para la TB, según se me ordene, por el largo completo del tratamiento. Yo llamaré al departamento de salud si yo no puedo tomar mi medicamento por cualquier razón.
5. Se me han explicado los efectos laterales de mi medicamento. Yo estoy de acuerdo en llamar al departamento de salud al _____, si yo desarrollo cualquiera de estos efectos laterales.
6. 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.
7. Se me ha explicado mi plan de tratamiento y todas mis preguntas han sido contestadas. Yo he recibido una copia de este plan.

(Firma del Cliente)

(Fecha)

(Representante de Salud Pública/Título)

(Fecha)

(Firma del Testigo/Intérprete)

(Fecha)

Adjunte la etiqueta del Paciente o complete: Nombre _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal _____
Teléfono _____
N° de identificación del paciente: _____