

**Acuerdo de Terapia con Observación Directa
(TOD) para el Tratamiento de la Tuberculosis (TB)
DOT Agreement: Spanish**

Nombre _____ DOB _____ Teléfono de casa: _____
Dirección _____ Teléfono del trabajo: _____
Ciudad _____ ZIP _____ Teléfono celular: _____
Departamento de salud _____

Entiendo que la única manera de mejorarme es tomando mi medicina para la tuberculosis (TB), exactamente como mi enfermero(a) o mi médico me indiquen. Estaré tomando muchos medicamentos durante un largo período de tiempo (6 meses o más) a fin de eliminar los gérmenes de la tuberculosis. Si no sigo estas instrucciones, mi enfermedad podría volverse peor que antes. Entonces podría ser más difícil de tratar, tomar más tiempo para el tratamiento, y esparcir la enfermedad a otros. Estoy de acuerdo en ser ubicado en un programa de tratamiento supervisado, para ayudarme a recordar la administración de mis medicamentos, y para asegurarme de que termino mi tratamiento y me recupero. En este programa, un obrero entrenado de terapia con observación directa está presente cuando yo tomo mis medicamentos para la tuberculosis, y puede responder mis preguntas.

Yo, _____ estoy de acuerdo en que
(Nombre del cliente)

1. Estaré en: ____ Casa ____ El trabajo ____ Clínica/LHD ____ Otro lugar (especifique) _____ entre las horas de _____ y _____ para mi visita de terapia de observación directa.
2. Si no puedo estar en el lugar y momento acordados, llamaré a _____ al _____ para cambiar la visita.
3. Si no llamo a tiempo para cambiar la visita, entiendo que puedo tener que ir a _____ entre las _____ para mi visita de terapia de observación directa.
4. Informaré a mi funcionario de la terapia de observación directa si tengo algún problema. Puede que se me pida ir a _____ para encontrarme con un médico o enfermero(a), y/o que se me pida y/o para desarrollar evaluaciones durante mi tratamiento.
5. Entiendo que si falto a mis visitas y no tomo mi tratamiento como está programado, podría verme envuelto en medidas legales.

Yo, _____ estoy de acuerdo en que
(Nombre del administrador del Departamento e Salud, o el administrador del caso)

1. Si no puedo estar en el lugar y momento acordados, llamaré a _____ al _____ para cambiar la visita.
2. Conservaré en forma confidencial la información de salud del cliente.
3. Responderé las preguntas y preocupaciones del cliente. Ayudaré a enlazar al cliente con otros servicios, en la medida en que esto sea necesario.
4. Informaré rápidamente al médico o enfermera sobre cualquier problema del cliente. Daré informes en la medida en que éstos sean necesarios.