

# Consentimiento al Tratamiento

## Caso/Sospecha de TB Activa

Consent to Treatment – Active TB Case/Suspect: Spanish

A mí, \_\_\_\_\_, me ha dicho el  
(Nombre del Cliente)

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

/ tengo) la enfermedad de tuberculosis (TB) activa. Se me ha explicado lo siguiente:

1. La TB es una enfermedad contagiosa que puede propagarse a otros. Yo sé que necesito estar alejado de otras personas hasta que yo no pueda propagarles la enfermedad. Yo sé que una TB sin tratar puede llevar a una enfermedad resistente a las drogas o puede ser fatal. Yo necesito tomar medicamentos para la TB por muchos meses para ponerme bien.
2. Yo estoy de acuerdo en ser tratado por la TB y a ayudar con la investigación de contacto para prevenir que mi familia, amigos o compañeros de trabajo se enfermen.
3. Yo estoy de acuerdo en seguir el plan de tratamiento que me ha dado mi proveedor del cuidado de la salud y el departamento de salud.
4. Si yo no sigo mi plan de tratamiento, puede tomarse acción legal contra mí.
5. Yo tengo una copia de mi plan de tratamiento y se me han contestado todas mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_