**Formulario de Consentimiento de Terapia Observada Directamente por Video (V- DOT)**

INSERT LOGO HERE

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estoy consciente de que se me ha diagnosticado tuberculosis activa (TB). Necesitaré un largo ciclo de tratamiento con medicamentos para neutralizar la tuberculosis que estoy padeciendo. El estándar actual de atención en Kentucky respecto a las dosis de medicamentos contra la TB es que dichas dosis se tomen con la terapia observada directamente (DOT) para garantizar que el paciente cumpla con la terapia. La observación de la toma de medicamentos normalmente se hace en el hogar del paciente o en el Departamento de Salud Local (LHD). Los pacientes deben realizar ocho (8) semanas de DOT sin presentar ningún problema de cumplimiento del tratamiento antes de que se pueda considerar la implementación de la terapia observada directamente por video o V-DOT.

Mientras dure mi tratamiento, me comprometo a cooperar con el Departamento de Salud Local (LHD) para que se realice la observación por video de mis dosis usando mi teléfono inteligente o la cámara conectada a mi computadora.

Tipo de V-Dot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estoy consciente de que usaré mi teléfono inteligente o una cámara conectada a mi computadora en:
□ mi hogar o en □ un lugar preasignado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Hora).

el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ponga qué días de la semana)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me comprometo a permitir que el trabajador del Departamento de Salud Local me observe tomar los medicamentos por el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tipo de V-DOT) a la hora preacordada o bien una vez, dos veces o tres veces por semana.

Estoy consciente que en cualquier momento de la duración del tratamiento puedo volver a la práctica habitual de terapia observada directamente en el hogar. El uso de la tecnología de V-DOT puede tener ciertas ventajas para mí. Se espera que la V- DOT resulte menos importuna y permita una mayor flexibilidad respecto a la hora de la terapia. No se cree que el uso de la tecnología de V-DOT conlleve algún riesgo para el paciente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Firma del paciente Nombre del paciente en letra de molde Fecha

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Firma del funcionario del (LHD) Nombre en letra de molde Fecha

 del funcionario del (LHD)