Insert HD Logo Here

Patient Label

**CLÍNICA DE ATENCIÓN A LA TUBERCULOSIS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO de TERAPIA OBSERVADA DIRECTAMENTE**

**Para:** **Fec. de nac.:**

Nombre del paciente

**Dirección:**

**Teléfono de contacto:**

A mí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se me ha

(Nombre del paciente)

informado que se me ha diagnosticado un caso activo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Esta enfermedad y el(los) medicamento(s) necesario(s) para tratarla se me han explicado al detalle y se les ha dado respuesta a mis preguntas. Por consiguiente, tengo claro en la medida de mis posibilidades que la tuberculosis es una enfermedad bien grave y contagiosa y que puede transmitírsele fácilmente a otras personas con las que entre en contacto estrecho, aunque sea de forma ocasional.

Por consiguiente, me comprometo plenamente a cumplir con mi régimen de tratamiento contra la tuberculosis según lo indicado por el proveedor médico del Departamento de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la Clínica de Atención a la Tuberculosis o por mi médico de cabecera.

Es bien importante que acate las instrucciones del médico para poder curarme de la tuberculosis (TB). Por consiguiente, se me va a poner en un programa de tratamiento supervisado por su médico y por el condado.

Dicho programa establece que habré de tomarme mis medicamentos contra la tuberculosis bajo observación de la enfermera de salud pública o de cualquier otra persona designada con ese fin de conformidad con lo indicado a continuación. (p. ej., lugar, días y hora):

**Lugar:**

**Días:** **Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes**

**Hora:**   **AM / PM**

*(\*Los viernes le dejarán un paquete de medicamentos contra la tuberculosis para el sábado y el domingo que usted se habrá de tomar los días pertinentes si las dosis de tratamiento administradas son para los siete días de la semana)*

El incumplimiento por mi parte de esta disposición resultará, conforme a lo establecido en la Ley de Kentucky 215.560 Y EN LA 215.570, en una orden de arresto que será diligenciada por el departamento de policía y en internamiento bajo custodia en el hospital pertinente o en la cárcel del condado hasta que ya no le resulte contagioso(a) al público general, como tampoco a mis familiares y amistades.

Asimismo, manifiesto mi conformidad con la Terapia Observada Directamente (DOT) en persona y diariamente por las Enfermeras del Programa de Divulgación y Sensibilización de la Clínica de Atención a la TB del Departamento de Salud\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o siguiendo un calendario alternativo de DOT según lo indicado por el proveedor médico del Departamento de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y me comprometo a ir a la Clínica de Atención a la Tuberculosis todos los meses y/o según resulte necesario para someterme a la evaluación del proveedor médico o de la enfermera diplomada a fin de determinar el estado de mi afección.

Firma del miembro del personal de prevención y control de la TB Fecha

Persona designada Fecha

He leído la información anterior, entiendo lo que señala y estoy de acuerdo con las condiciones que plantea.

Firma del paciente Fecha

Firma del intérprete Fecha