(Place facility logo here) (Pt. label)

Acuerdo de Aislamiento por Tuberculosis

Su médico le ha diagnosticado tuberculosis o considera que usted la padece. La tuberculosis es una enfermedad causada por una bacteria que se trasmite de una persona a otra al respirar el mismo aire que alguien contagioso. *(Ser contagioso significa que, al toser, estornudar, hablar o cantar, la persona expulsa gotas que contienen bacterias tuberculosas)*.

Se trata de una afección muy grave. Ser diagnosticado(a) de tuberculosis implica que existe la posibilidad de que contagie a quienes le rodean. Sin el debido tratamiento médico, corre el riesgo de transmitir la bacteria a otras personas, quienes a su vez pueden contagiar a sus seres queridos. Recibir el tratamiento adecuado no solo es importante para la salud pública, sino también para la suya. Los pacientes de tuberculosis deben ser monitoreados durante el tratamiento hasta completar el ciclo de medicación y lograr **la curación**.

El tratamiento médico adecuado de la tuberculosis incluye:

• Permanecer en aislamiento hasta dejar de ser contagioso(a) (es decir, ya no poder transmitir la bacteria a otros).
• Tomar los medicamentos exactamente como se los haya recetado el médico que atiende su caso de tuberculosis.
• Reunirse con la enfermera encargada de su caso para la terapia directamente observada (DOT, por sus siglas en inglés).
• Asistir puntualmente a todas las citas médicas y a las pruebas adicionales (radiografías, análisis de laboratorio, etc.).

Es muy importante que las personas con tuberculosis tomen sus medicamentos exactamente como les fueron recetados. Si los deja antes de tiempo, puede enfermar de nuevo; si no los toma correctamente, las bacterias que sobrevivan pueden hacerse resistentes a los medicamentos. Las bacterias tuberculosas resistentes a los medicamentos son más difíciles de tratar y pueden aumentar el riesgo de muerte.

El aislamiento también es importante para la seguridad del público y de sus seres queridos. Las leyes del Estado de Kentucky (KRS 215.540 al 215.580) establecen que usted debe permanecer aislado(a) en su domicilio hasta que el departamento de salud determine que ya no representa un riesgo de contagio.

Por consiguiente:
• No puede acudir a su lugar de trabajo.
• No puede acudir a otros lugares públicos (trabajo voluntario, gestiones, escuela, iglesia, etc.).
• Debe permanecer en su hogar.
• No puede recibir visitas en su casa hasta que el departamento de salud autorice el levantamiento del aislamiento.
• Si cambia de domicilio, debe informarlo a la enfermera encargada de su caso en un plazo de un día.
• No podrá viajar hasta que el departamento de salud lo autorice.
• En caso de emergencia o para recibir atención médica, debe usar mascarilla mientras se encuentre fuera de su casa. Las mascarillas le serán proporcionadas por el Departamento de Salud.

Este acuerdo de aislamiento permanecerá en vigor hasta que se descarte la tuberculosis mediante pruebas de laboratorio adicionales, o hasta que su médico determine que usted ya no puede transmitir la bacteria a los demás. Los adultos que ya vivían en su casa pueden permanecer allí, pero deberán ser evaluados por el departamento de salud para determinar si también tienen tuberculosis. Puede ser necesario hacer otros arreglos si en su hogar viven bebés o niños pequeños.

Con esta información, entiendo que la tuberculosis es una enfermedad muy grave y contagiosa. Al firmar el presente documento, **me comprometo a cumplir con mi aislamiento y con el régimen de tratamiento para la tuberculosis**, según lo indicado por el proveedor de atención médica del Departamento de Salud en la clínica de tuberculosis o por mi propio médico.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR. SI NO CUMPLO CON ESTAS INDICACIONES, PUEDEN TOMARSE ACCIONES LEGALES CONTRA MÍ; KRS 215.550, KRS 215.560.
TENGO PLENO ENTENDIMIENTO Y HE SIDO ORIENTADO(A) SOBRE MI TUBERCULOSIS, EL PLAN DE TRATAMIENTO Y EL AISLAMIENTO.

_____ _____
Firma del paciente Fecha

_____ _____
Padre/madre/tutor legal/poder notarial ☐ N/A Vínculo con el paciente ☐ N/A

_____
Dirección del paciente

_____ _____
Firma de la enfermera encargada del caso de tuberculosis o de la persona designada Intérprete ☐ N/A