

Departamento Local de Salud (DLS, por sus siglas en inglés):

Teléfono:

Nombre de contacto del DLS:

El proveedor de servicios de salud marcará las instrucciones apropiadas. El cliente pondrá sus iniciales en las instrucciones marcadas.

- Entiendo que yo (podría tener/tengo) la enfermedad de tuberculosis activa y necesito tomar los medicamentos para la TB por un largo periodo de tiempo. Puede que tenga que tomar los medicamentos por más tiempo de lo que inicialmente se me dijo si mis condiciones clínicas cambian. _____ (iniciales del cliente)**
- Me comprometo a tomar mis medicamentos según las instrucciones. Llamaré al departamento de salud si no puedo tomar mi medicamento por cualquier razón. Me han explicado la Terapia por Observación Directa (DOT, por sus siglas en inglés) y he firmado el Acuerdo DOT. _____
- Me han explicado los efectos secundarios de mis medicamentos y me comprometo a llamar al departamento de salud de inmediato si sufro de cualquiera de los efectos secundarios. _____
- Me comprometo a asistir a todas mis citas de la clínica. Si no puedo asistir a una cita, llamaré al departamento de salud para reprogramar otra cita dentro de los 7 días siguientes. _____
- Me comprometo a proporcionar muestras de esputo, orina o sangre, según sea solicitado. _____
- Me comprometo a informar al departamento de salud sobre cualquier cambio en mi salud. _____
- Me comprometo a informar al departamento de salud si me mudo o cambio número de teléfono. Me comprometo a informar al departamento de salud sobre cómo me pueden contactar en persona y por teléfono. _____
- Tengo una enfermedad contagiosa y puedo transmitir la enfermedad a otros. _____ (iniciales del cliente)**
- Me quedaré en casa en aislamiento. En la medida de lo posible, me mantendré alejado de las demás personas en mi hogar quedándome en mi habitación o usando una máscara quirúrgica cuando salga de la habitación. Entiendo que es recomendable que yo duerma en una habitación o cama separada. _____
- Me taparé la boca y la nariz con un pañuelo de papel cuando tosa o estornude. Estos pañuelos de papel deben ser tirados por el inodoro, quemados o puestos en una bolsa sellada a prueba de fugas antes de tirarlos a la basura. _____
- Entiendo que mis actividades están limitadas. No viajaré, no iré al trabajo ni a la escuela, no saldré de compras, y no participaré en ninguna otra actividad donde estaré en contacto con otras personas. _____
- Me comprometo a no salir de mi casa a menos que sea para asistir a mis citas médicas. Me comprometo a usar una máscara quirúrgica para ir a la clínica y al consultorio del doctor. _____
- No permitiré que nadie entre a mi casa, aparte de las personas que viven conmigo o los individuos que me proporcionan atención médica, y me mantendré alejado de los niños pequeños. _____
- Entiendo que en cualquier momento durante mi fase de tratamiento, las instrucciones de aislamiento pueden entrar en efecto si mi estatus clínico cambia y se determina que tengo una enfermedad contagiosa. _____
- Entiendo que estas instrucciones de aislamiento se mantienen en efecto hasta que el departamento de salud me diga que ya no tengo que estar en aislamiento. _____
- Me comprometo a ayudar con la investigación de contacto mencionando todos los lugares en donde he estado y las personas con las que he estado para evitar que mi familia, amigos y compañeros de trabajo contraigan esta enfermedad. _____
- Entiendo la razón por la cual necesito completar mi tratamiento y que se puede entablar una acción legal en mi contra si no sigo mi plan de tratamiento. _____ (iniciales del cliente)**

He recibido una copia de este plan de tratamiento. Me han explicado el plan de tratamiento y han contestado todas mis preguntas. Me comprometo a seguir este plan de tratamiento.

Firma del cliente _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del representante de salud pública _____ Fecha: _____ / _____ / _____