



## CONSENTIMIENTO Y PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN DE TUBERCULOSIS LATENTE (ITBL)

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Persona de contacto de emergencia:	Teléfono:	Fecha:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente) he sido aconsejado e informado por \_\_\_\_\_ (nombre del enfermero de salud pública) que basado en la información disponible, yo tengo o podría tener una infección de tuberculosis latente (ITBL). Me han explicado lo siguiente:

1. Un diagnóstico de ITBL significa que he sido infectado por el germen M. tuberculosis. Mi sistema inmunológico ha confinado a las bacterias para mantenerlas latentes. No tengo síntomas y no puedo contagiar a otros.
2. Sé que sin tratamiento, puedo enfermarme con la enfermedad de TB activa y tener síntomas como tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso o cansancio extremo. Si surge cualquiera de estos síntomas, me comprometo a llamar al departamento de salud de inmediato.
3. Entiendo el vínculo entre la tuberculosis y el VIH y por lo tanto acepto someterme a la prueba del VIH.
4. Me comprometo a seguir este plan de tratamiento. Me comprometo en acudir al departamento de salud para las evaluaciones médicas y resurtir la receta según lo ordenado y para cooperar en mi tratamiento. Si no puedo asistir a una cita programada, llamaré al departamento de salud inmediatamente para reprogramar otra cita dentro de los 7 días siguientes.
5. Me comprometo a tomar mis medicamentos para la TB según las instrucciones por la duración completa del tratamiento. Notificaré al departamento de salud si no puedo tomar mi medicamento por cualquier razón.
6. Me han explicado los efectos secundarios de los medicamentos que estoy tomando. Me comprometo a llamar al departamento de salud al \_\_\_\_\_ (número de teléfono) de inmediato si desarrollo cualquiera de estos efectos secundarios.
7. Me comprometo a informar al departamento de salud si me mudo o cambio mi número de teléfono. Me comprometo a informar al departamento de salud sobre cómo me pueden contactar en persona y por teléfono.
8. Me han explicado mi plan de tratamiento y han contestado todas mis preguntas. Tengo una copia de este plan.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermero de Salud Pública: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del testigo/intérprete: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_