

Acuerdo de Tratamiento Supervisado

Paciente: _____ F. de nac.: _____
(Patient Name) (DOB)

Nombre del Departamento de Salud local: _____
(Health Department)

En la mayoría de los casos, el tratamiento de la tuberculosis activa con medicamentos recetados cura la TB. Los medicamentos para TB se deben tomar por lo menos durante un período de 6 meses, y a veces por más tiempo. La atención médica estándar para la toma de medicamentos para TB recibe el nombre de Tratamiento Supervisado (*Directly Observed Therapy* o DOT) y está a cargo del departamento de salud local (*Local Health Department* o LHD). El DOT requiere que usted tome su medicamento para TB en presencia de un enfermero u otro miembro del personal.

Yo, _____ entiendo y acuerdo hacer lo siguiente:
(Nombre del cliente)

1. Estaré en: _____ entre _____ para tomar mi medicamento para la TB.
2. Hablaré con mi trabajador(a) de DOT para presentarle quejas, preguntas o problemas.
3. Entiendo que si faltó a alguna cita y no tomo mi medicamento en forma regular, puedo quedar sujeto a acciones legales.

A su vez, el departamento local de salud:

1. Se reunirá con usted en el lugar antes mencionado, a la hora acordada. Si es necesario modificar la cita, le notificaremos.
2. Le proveeremos los medicamentos para TB sin cargo alguno.
3. Mantendremos la confidencialidad de su caso, responderemos sus preguntas y nos ocuparemos de sus preocupaciones.

He leído la información anterior, la entiendo, y me comprometo a cumplir con los requisitos.

Paciente

Intérprete (si es necesario)

Enfermero de TB del LHD,
o persona designada

Fecha