

Acuerdo de Tratamiento de Observación Directa

Etiqueta del paciente

Me explicaron el programa de Terapia de Observación Directa (DOT). Entiendo que tomar este medicamento es la mejor manera de matar la bacteria de la tuberculosis. Acepto que un trabajador de tuberculosis (TB) me observe tomar mi medicamento para la tuberculosis.

Yo, _____ entiendo y acepto que:
Nombre del cliente

1. Estaré en: _____ hogar _____ trabajo _____ Clínica/LHD _____ otro (especifique) _____ entre las _____ y _____ para tomar mi medicamento para la tuberculosis.
2. Si no puedo tomar mi medicamento en el lugar y la hora normales, llamaré a _____ al _____ para hacer otros planes.
Nombre de la persona Número de teléfono
3. Si no llamo para hacer otros planes, iré a _____ antes del final del día para tomar mi medicamento.
Nombre/Dirección del lugar
4. Le diré a mi trabajador de DOT si tengo algún problema para tomar mi medicamento.
5. Sé que si falto a mis citas y no tomo mi medicamento según lo ordenado, se pueden tomar medidas legales (no aplicable para los regímenes de infección de TB latente).
6. El _____ acepta que el trabajador de DOT:
Nombre del Distrito de Salud y Coordinador del Caso
 - Lo observará tomar su medicamento en el lugar y la hora acordada.
 - Le informará con anticipación si necesita cambiar su cita.
 - Mantendrá su información privada.
 - Contestará sus preguntas e inquietudes.
 - Se asegurará de que el coordinador de su caso conozca sus inquietudes.

Firma del paciente, padre/madre/tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres

Nombre del trabajador de DOT

Firma de la enfermera coordinadora de casos

Fecha

Nombre del intérprete/Número de identificación