

Acuerdo de Participante
de Tratamiento
Reforzado con Video

Etiqueta del paciente

1. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente para el Tratamiento Reforzada con Video (VET):

- El personal del departamento de salud puede usar VET para observarme mientras tomo mis medicamentos para la tuberculosis (TB) por video en vivo en lugar de en persona.
- El VET será eliminado si no sigo las reglas.
- Necesito usar mi propio teléfono inteligente o computadora/conexión de Internet, y mi compañía telefónica puede cobrarme por el uso de datos.
- Si me conecto con Wi-Fi, es posible que no sea una conexión segura.
- Informaré de inmediato al personal del departamento de salud si mi número de teléfono o mi dirección cambian.
- Haré y mantendré las citas de VET con el personal del departamento de salud.
- Si no puedo cumplir con mi cita de VET, llamaré al personal del departamento de salud de inmediato.
- Haré el VET desde un lugar privado para que otras personas no puedan escuchar mi información.
- Tomaré mi medicamento durante el VET, y mostraré mi cara y medicamento cuando trague el medicamento.
- Veré a mi trabajador de la salud en persona cuando me lo pidan.
- Si recibo medicamentos en paquetes de píldoras individuales, que no son a prueba de niños, guardaré mis medicamentos en un recipiente a prueba de niños o fuera del alcance de cualquier niño.

2. Entiendo y acepto que el personal del departamento de salud:

- Usará el apodo que yo elija cuando me llamen para el VET y no dirán mi nombre real o diagnóstico.
- Se asegurará de que otros no escuchen mi información privada.
- Me preguntará acerca de cualquier efecto secundario del medicamento y cualquier síntoma de mi diagnóstico.
- No grabará el VET.

Entiendo y acepto que si no sigo las reglas anteriores, tendré que ver al personal del departamento de salud en persona para tomar mi medicamento.

Nombre del participante con letra
de molde

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

Fecha

Nombre del testigo con letra de
molde

Firma

Fecha