



ACUERDO DE TERAPIA POR OBSERVACIÓN DIRECTA (DOT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (TB)

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

La Terapia por Observación Directa (DOT), o terapia supervisada, implica que un proveedor de atención médica (por ejemplo, un enfermero de salud pública, trabajador social, enfermero, auxiliar de enfermería) u otra persona confiable entrenada (por ejemplo, un empleado de un refugio de desamparados) pueda observar directamente que el paciente se tome sus medicamentos. Entregar los medicamentos al paciente sin confirmación visual de la ingesta del medicamento no constituye una DOT. Sin embargo, una confirmación por medio de un video en vivo de la ingesta del medicamento de pacientes cuidadosamente seleccionados (es decir, estables y obedientes) sí constituye una DOT.

Yo, _____ (nombre del cliente) entiendo y estoy de acuerdo en que:

1. La única manera de estar bien es tomando mi medicina para la TB exactamente como mi enfermero o doctor me aconseja que lo haga. Si no sigo estas instrucciones, mi enfermedad podría volver peor que antes. Entonces podría ser más difícil de tratar, tomar más tiempo para tratar y podría transmitir la enfermedad a otras personas.
2. Tomaré varios medicamentos durante mucho tiempo (6 meses o más) para matar las bacterias de la TB.
3. Me comprometo a cooperar con el personal del programa de DOT que me ayudará a recordarme que debo tomar mi medicina y se asegurará de que complete mi tratamiento y me sienta bien. En este programa, un empleado de salud pública designado o un trabajador entrenado en DOT está autorizado como mi agente para mantener la posesión de mi medicamento y para estar presente cuando tome mi medicamento de la TB.
4. Yo estaré en: Casa Trabajo Clínica/DLS Otro – especificar _____ entre las _____ (hora) y las _____ (hora) para mi visita DOT.
5. Si no puedo estar en el lugar y a la hora acordada, llamaré a _____ (nombre del trabajador DOT) al _____ (número de teléfono) para reprogramar la visita.
6. Si no llamo a tiempo para cambiar la visita,
 - a. le diré a mi trabajador DOT si tengo algún problema. Se me puede pedir que me reúna con un médico o enfermero y/o que me hagan pruebas durante mi tratamiento.
 - b. Entiendo que si no asisto a mis visitas y no tomo mi tratamiento según lo programado, se podría tomar acción legal en mi contra.

Yo, _____ (nombre del enfermero de salud pública) **entiendo y estoy de acuerdo en que:**

Si no puedo estar en el lugar y a la hora acordada, llamaré a _____ (nombre del cliente) al _____ (número de teléfono) para reprogramar la visita.

1. Mantendré la información médica del cliente en privado.
2. Responderé a las preguntas y preocupaciones del cliente. Ayudaré al cliente a recibir otros servicios según sea necesario.
3. Informaré inmediatamente al médico o enfermero de cualquier cosa fuera de lo común. Daré informes según sea necesario.

Firma del cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del enfermero: _____ Fecha: ____/____/____