



RECHAZO DE CUIDADO

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

Me han informado sobre la Infección de Tuberculosis Latente (ITBL) y la enfermedad de la Tuberculosis (TB).

Entiendo por qué yo debería:

- Ser evaluado/a por TB
- Tomar medicamento para la ITBL
- Otro _____

He decidido que no deseo seguir las recomendaciones médicas ofrecidas.

- Se me ha informado que las señales y los síntomas de la enfermedad de TB activa son fiebre, sudoración nocturna, tos que dura más de 3 semanas, toser sangre, dolor de pecho, fatiga y pérdida de peso inexplicada.
- Entiendo que si desarrollo cualquier señal o síntoma de la enfermedad de TB activa, necesito buscar atención médica inmediatamente.
- Entiendo que la TB es una enfermedad infecciosa que puede ser contagiada a otros y que se pueden tomar acciones legales si no busco atención médica y pongo a otros en riesgo de enfermarse o ser infectados.

Por lo tanto, yo asumo responsabilidad personal en cuanto al posible desarrollo futuro de la tuberculosis que se pudo haber prevenido si hubiera seguido las recomendaciones anteriores.

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

Enfermero de Salud Pública: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del testigo/intérprete: _____ Fecha: ____/____/____