**Programa sobre la tuberculosis del Departamento de Salud de**

**(Nombre de la Agencia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Formulario de consentimiento para**

**la terapia de observación directa por video para la tuberculosis**

**Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Soy consciente de que me diagnosticaron tuberculosis (TB) o soy el padre, la madre o el tutor de un niño con TB. Yo (nombre del adulto o niño/dependiente) necesitaré una terapia prolongada con medicamentos para curarme. En cumplimiento de las recomendaciones establecidas por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, en inglés), **el estándar de atención en Maryland es que un trabajador de la salud supervise todas las dosis de medicamentos para la tuberculosis** para garantizar el cumplimiento de la terapia por parte del paciente, controlar la aparición de efectos adversos y brindar apoyo social. Las dosis omitidas de medicación o las interrupciones en el tratamiento pueden dar lugar a concentraciones subóptimas de los medicamentos, resistencia adquirida a los fármacos, tiempos de tratamiento más prolongados, fracaso en el tratamiento de la tuberculosis y recurrencia de la enfermedad tuberculosa. La observación de la dosificación de la medicación se realiza normalmente en el domicilio del paciente, en el departamento de salud o en otro lugar acordado mutuamente, y consiste en una visita en persona o a distancia entre el trabajador del departamento de salud y yo.

Durante parte del tratamiento, la observación de la dosificación de mis medicamentos contra la TB puede realizarse mediante tecnología de video. Entiendo que utilizaré una fuente de tecnología compatible con video acordada para permitir la visualización remota de mi tratamiento de tuberculosis. Acepto que el trabajador de la salud (o la persona designada para que me cuide) me observe mientras tomo los medicamentos prescritos para la tuberculosis utilizando el equipo y el software que se debatieron durante las sesiones de capacitación para la terapia de observación directa por video. Acepto utilizar el equipo/software de la manera que me explique el trabajador del departamento de salud.

Entiendo que me pueden volver a cambiar a la terapia estándar de observación directa en persona en cualquier momento si empiezo a faltar a varias presentaciones de terapia de observación directa por video, a citas clínicas o si experimento reacciones adversas significativas. También entiendo que puedo solicitar volver a la terapia estándar de observación directa en persona en cualquier momento durante el transcurso de mi tratamiento. El uso de la tecnología de video puede tener determinadas ventajas para mí. Se espera que la terapia de observación directa por video sea menos invasiva y permita una mayor flexibilidad en los horarios de la terapia. Puede haber riesgos relacionados con la pérdida de privacidad debido al uso de video, especialmente cuando no se utiliza una plataforma de software de salud móvil que cumpla con la ley de responsabilidad y portabilidad de los seguros médicos (HIPAA, en inglés). Sin embargo, se hará todo lo posible para almacenar de manera segura cualquier información personal de salud (incluidos los videos) en computadoras protegidas con contraseña, a las que solo podrán acceder los trabajadores de la salud autorizados que estén involucrados en su atención médica. Creemos que estos riesgos para la privacidad son mínimos y son comparables a la posible pérdida de privacidad relacionada con la visita de los trabajadores de la salud a su hogar o lugar de trabajo como parte de las prácticas estándar de la terapia de observación directa.

Firma del paciente/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_