

PACIENTE DE TUBERCULOSIS DE MARYLAND / ACUERDO DEL PROVEEDOR

Nombre del paciente (letra de imprenta) _____ FDN _____ Nro. de registro _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo _____ dd/mm/aaaa

Sé que:

- Tengo un diagnóstico de sospecha o confirmación de tuberculosis (TB).
- La TB se puede contagiar a otras personas al toser, hablar o cantar.
- El tratamiento de la TB implica tomar diversos medicamentos durante un mínimo de varios meses a 2 años.
- Mi médico debe informar sobre mi enfermedad de la TB al departamento de salud, según las leyes estatales y federales.
- El departamento de salud es responsable de tratar mi enfermedad TB y de prevenir el contagio a quienes me rodean.
- El departamento de salud puede tomar acción legal si no sigo el plan de tratamiento de TB.

Responsabilidades del paciente: Yo:

- Mantendré mis citas con el programa de TB del departamento de salud para obtener mi cuidado médico para la tuberculosis.
- Cooperaré con pruebas (esputo, rayos X de tórax, laboratorio y otros) relacionadas con el tratamiento de la TB.
- Tomaré mi medicina para la TB como se me indique, y cumpliré las citas para el tratamiento directamente observado (directly observed treatment, DOT).
- Llamaré de inmediato al departamento de salud si no me siento bien.
- Le diré al personal del departamento de salud la información completa y veraz sobre mis enfermedades anteriores y actuales, embarazos o de medicamentos que esté tomando, incluyendo medicamentos sin receta médica y suplementos herbarios.
- Le notificaré al departamento de salud lo antes posible si no puedo mantener una cita y programaré una nueva tan pronto como sea posible.
- Le diré al departamento de salud sobre cualquier persona que se haya expuesto a mi TB (esta información se tratará como confidencial en la medida de lo posible).
- Le notificaré al departamento de salud sobre cualquier cambio de mi dirección, números telefónicos o información de contacto de emergencia.

Responsabilidades del proveedor de servicios médicos: El Departamento de Salud del Condado de _____:

- Me explicará con claridad sobre la enfermedad tuberculosa y sus riesgos para mí y para otros que han estado cerca, incluyendo mi familia.
- Responderá todas mis preguntas sobre el cuidado y las medicinas de mi TB.
- Proporcionará todo el cuidado médico relacionado con mi tuberculosis y compartirá esta información con mis otros médicos, si es conveniente.
- Me notificará sobre cualquier cambio en mi salud (pruebas de laboratorio, rayos X, entre otros).
- Se asegurará de que reciba mis medicamentos para la tuberculosis en el tiempo que acordemos, incluyendo las citas para el DOT.
- Mantendrá la información sobre mi salud de manera confidencial de acuerdo con las regulaciones federales y estatales de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA).

Acuerdo sobre el tratamiento:

- Acepto mantener todas las citas programadas para recibir la medicación para la tuberculosis, tomar todo el medicamento tal como se recetó, cumplir con todas las pruebas de diagnóstico que haya solicitado mi médico y seguir todas las demás indicaciones que me dio el personal de la unidad de TB del condado de _____.
- Si no cumplo esto, entiendo que puedo ser puesto en cuarentena en un hospital estatal con instalaciones para el tratamiento de la tuberculosis u otras instalaciones apropiadas determinadas por el departamento de salud local y del estado bajo la autoridad conferida al Oficial de Salud por el *Código Comentado de Maryland, Salud-General §§ 18-324,325* y el *Código de Reglamentos de Maryland 10.06.01.06, Medidas generales de control para enfermedades contagiosas*.
- He leído o me han leído este acuerdo, me han respondido mis preguntas, entiendo la importancia de mi tratamiento para mí y los demás. Me entregaron una copia de este formulario para mis registros personales.

_____ (letra de imprenta) _____ (letra de imprenta)

_____ (firma) _____ (firma)
Paciente o Padre o Tutor **Fecha** **Personal de TB/Proveedor** **Fecha**

MDH 4511 (revisado 2018)