




Formulario de Consentimiento Para El Tratamiento de la Tuberculosis

Este formulario es para informarle sobre el tratamiento de la Tuberculosis. Puede haber problemas y riesgos cuando se toman las pastillas de la Tuberculosis.

Estas pastillas detendrán el crecimiento del germen de la Tuberculosis en su cuerpo. Estas pastillas deben ser tomadas todos los días por hasta un año.

MEDICAMENTOS	COSAS QUE PUEDEN OCURRIR	COMENTARIOS	INICIAL ES DEL CLIENTE	INICIALES DEL TRABAJADOR/A DE SALUD
<input type="checkbox"/> <i>INH</i> <i>Isoniazid</i>	Orina oscura; heces de color claro; mucho cansancio; pérdida de apetito; ojos o piel amarillentos; salpullido; hormigueo en las manos y pies.	 Cuidado: No tome alcohol. Evite usar Tylenol o medicamentos con <i>acetaminophen</i>		
<input type="checkbox"/> <i>RIF</i> <i>Rifampin</i>	Orina oscura; heces de color claro; mucho cansancio; pérdida de apetito; ojos o piel amarillentos; salpullido; síntomas de la gripe; acidez estomacal; moretones en la piel. Cambiará el color de los fluidos corporales a un color anaranjado (lágrimas, orina, sudor)	 Cuidado: No tome alcohol. Puede que las pastillas anticonceptivas no funcionen; use otro método, como los condones. Puede que se descoloren sus lentes de contacto suaves.		
<input type="checkbox"/> <i>PZA</i> <i>Pyrazinamide</i>	Orina oscura; heces de color claro; mucho cansancio; pérdida de apetito; ojos o piel amarillentos; dolor en las coyunturas, náusea	 Cuidado: No tome alcohol		
<input type="checkbox"/> <i>EMB</i> <i>Ethambutol</i>	Puede tener problemas para ver los colores rojo y verde. Estos colores parecerán como el color gris; su visión no estará tan clara como lo normal, salpullido en la piel.			



Pare de tomar sus medicamentos **AHORA** y llame a su trabajador/a de salud @ _____ si empieza a tener síntomas de Hepatitis. **Los síntomas son:** Orina oscura; heces de color claro; mucho cansancio; pérdida del apetito; ojos o piel amarillentos. Su trabajador/a de salud le observará cada mes para ver si hay problemas. Avise a su trabajador/a de la salud si usted está teniendo problemas con sus pastillas, o si no se siente bien.

Firma del Trabajador de Salud

Firma del Cliente

He leído este formulario, o alguien me ha explicado su contenido acerca de tomar mis pastillas de la Tuberculosis. He tenido la oportunidad de preguntar a mi trabajador/a de salud sobre mi tratamiento. Creo entender los beneficios y riesgos de tomar las pastillas. Estoy de acuerdo en tomar las pastillas para curar mi Tuberculosis.

Nombre
(En letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento

Fecha de hoy

Firma

Testigo/Trabajador/a de Salud