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 dias por hasta un año.

MEDICAMENTOS	COSAS QUE PUEDEN OCCURRIR	COMENTARIOS	INICIALES DEL CLIENTE	INICIALES DEL TRABAJADOR/A DE SALUD
☐ *INH* *Isoniazid*	Orina oscura; feces 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 *acetaminophen*		
☐ *RIF* *Rifampin*	Orina oscura; feces 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.		
☐ *PZA* *Pyrazinamide*	Orina oscura; feces de color claro; mucho cansancio; pérdida de apetito; ojos o piel amarillentos; dolor en las coyunturas, nausea	**Cuidado:** No tome alcohol		
☐ *EMB* *Ethanbutol*	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; feces 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 Fecha de Nacimiento Fecha de hoy
(En letra de improrenta)

_____ _____

Firma Testigo/Trabajador/a de Salud