



Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
Rechazo del tratamiento para la infección por tuberculosis latente

He sido notificado por _____ de que a mí o a un adulto o un menor del que soy padre, tutor legal o responsable de la custodia se nos ha diagnosticado infección por tuberculosis latente (también llamada LTBI) con base en lo siguiente:

- Prueba de detección de la tuberculosis (análisis de sangre IGRA o prueba cutánea de la tuberculina [TST]), con fecha y resultado:

- Radiografía de tórax con fecha y resultado:

- Detección de signos y síntomas de la tuberculosis con fecha y resultado:

El tratamiento para la LTBI con _____ ha sido recomendado por _____ para evitar que yo o el adulto o el menor del que soy padre, tutor legal o responsable de la custodia desarrollemos la enfermedad de la tuberculosis (TB) activa en el futuro.

Las personas con TB activa pueden tener los siguientes síntomas: tos que dura tres semanas o más, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso o tos con sangre. Las personas con infección activa por TB pueden transmitir la bacteria a otras personas. Si yo o el adulto o el menor del que soy padre, tutor legal o responsable de la custodia desarrollamos cualquiera de estos síntomas, se me ha aconsejado que busque atención médica de inmediato.

He leído la información arriba mencionada sobre el tratamiento de la LTBI. Entiendo los riesgos y los beneficios del tratamiento. He podido hacer preguntas y recibir respuestas a esas preguntas por parte del personal del Departamento Estatal de Servicios de Salud.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud se ha ofrecido a darme medicamentos y supervisión médica sin costo. Sin embargo, he optado por no tomar el tratamiento para mí, ni aceptarlo para la persona bajo mi cuidado legal o tutela. Si posteriormente decido aceptar el tratamiento para LTBI, entiendo que el Departamento Estatal de Servicios de Salud estará disponible para asesorarme al respecto.

Por la presente, reconozco que he recibido una copia de esta carta.

Nombre en letra de molde del cliente:

Firma del cliente/tutor legal:

Fecha:

Firma del enfermero/personal de TB:

Fecha:

- Se entregó una copia de la carta Se negó a firmar