



## Acuerdo de aislamiento en el hogar Enfermedad de Tuberculosis (TB) activa

Nombre del paciente (apellido) \_\_\_\_\_ (primer nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Usted tiene enfermedad de tuberculosis (TB) en una fase infecciosa y será aislado por su jurisdicción médica local y su médico. *Deben cumplirse estas condiciones:*

1. Debe permanecer aislado en su hogar (u otro lugar acordado \_\_\_\_\_) hasta que se determine que no es infeccioso.
2. No puede tener contacto con personas que no residan en su hogar o en un lugar diferente indicado anteriormente. No se permitirán visitas en su residencia hasta que haya finalizado el aislamiento.
3. Debe permitir al personal del departamento de salud controlar el cumplimiento con el aislamiento en el hogar, incluidas las visitas y llamadas telefónicas no programadas.
4. Debe asistir a las consultas médicas que sean necesarias desde el punto de vista médico y utilizar una máscara cuando va a las consultas hasta que haya finalizado el aislamiento.
5. \_\_\_\_\_

La infecciosidad de su enfermedad será determinada mediante frotis de esputo, cumplimiento con el tratamiento de TB, y la respuesta clínica a los medicamentos para la TB. La jurisdicción de salud local discontinuará el aislamiento en cuanto se determine que usted no es infeccioso y permanezca en un curso aprobado de terapia para tuberculosis.

Entiendo que si no cumplo con estas condiciones, pueden iniciarse acciones legales, que posiblemente resultarán en una detención ordenada por el juez.

He leído la información anterior, la cual comprendo, y acepto las condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del enfermero/médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

Copia del acuerdo suministrado al paciente \_\_\_\_\_ (iniciales de PHN)