



Departamento de Salud de Wyoming  
 Programa de Tuberculosis  
 122 West 25th Street  
 Herschler West, Suite 310  
 Cheyenne, WY 82002  
[cdu.treatment@wyo.gov](mailto:cdu.treatment@wyo.gov)

**Acuerdo de aislamiento domiciliario por tuberculosis (TB) activa posible o confirmada**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mi proveedor de atención médica  sospecha que tengo tuberculosis activa.

me ha diagnosticado tuberculosis activa.

El aislamiento en el hogar ayuda a prevenir la transmisión de la tuberculosis a otras personas y se dará por terminado cuando la enfermedad no se pueda transmitir. Los resultados de los análisis de laboratorio, el cumplimiento del tratamiento indicado contra la tuberculosis y la mejoría de los síntomas de la tuberculosis determinarán la capacidad de transmitir la enfermedad a otras personas. En este acuerdo, se define “hogar” como su hogar o el lugar acordado para el aislamiento de la tuberculosis.

1. Con excepción de citas o emergencias médicas, permaneceré en mi residencia hasta que la infección por tuberculosis ya no pueda transmitirse a otras personas y yo pueda salir del aislamiento.
2. Usaré una mascarilla cerca de todas las demás personas, incluidas las que viven en mi casa, hasta que la infección por tuberculosis ya no pueda transmitirse a los demás y yo pueda salir del aislamiento.
3. Asistiré a todas las citas médicas relacionadas con la tuberculosis (médico, laboratorio, radiología, etc.) hasta que la infección por tuberculosis ya no pueda transmitirse a otras personas y yo pueda salir del aislamiento.
4. No permitiré visitas dentro de mi casa hasta que la infección de tuberculosis ya no pueda transmitirse a otras personas y yo pueda salir del aislamiento.
5. Si me recetan medicamentos contra la tuberculosis, los tomaré según las indicaciones.

Entiendo que se puede emitir una orden de aislamiento domiciliario si no se cumple este acuerdo. Me comunicaré con mi administrador de casos de tuberculosis si tengo preguntas o inquietudes que no pongan en peligro mi vida.

Mi administrador de casos de tuberculosis es: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del administrador de casos de tuberculosis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Se completó una evaluación de aislamiento domiciliario por tuberculosis antes de este acuerdo.
- Se proporcionó al paciente/tutor una copia de este Acuerdo de aislamiento domiciliario por tuberculosis.