



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS**

VERSION: 01

COD: C.E.-FT-006

Nombre Paciente: _____

Fecha: _____

Hora: _____

H.C.: _____

Apreciado Usuario(a):

Usted va a ser sometido a un tratamiento para La tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana que afecta usualmente el pulmón o el árbol traqueo bronquial (tuberculosis pulmonar), pero que también puede afectar cualquier otro órgano o parte del cuerpo como la pleura, los riñones, huesos, meninges, intestinos, piel, sistema genitourinario entre otros (tuberculosis extra pulmonar). Es ocasionada por el microorganismo Mycobacterium Tuberculosis, o comúnmente conocido como el "bacilo de Koch", Es una enfermedad prevenible y tratable, que cuenta medicamentos altamente efectivos que curan la enfermedad y que cortan la cadena de transmisión en el entorno familiar, institucional, laboral y/o comunitario

INFORMACIÓN GENERAL

Yo, _____, identificado(a) con CC No. _____, residente en la dirección _____, Barrio _____ del Municipio de _____, declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito (objetivo) del tratamiento contra la tuberculosis, me han aclarado todas mis dudas y explicado la necesidad de realización del mismo. Comprendo perfectamente lo que me han informado acerca de esta enfermedad, sus complicaciones, signos y síntomas, de las reacciones adversas que pudieran presentarse con el esquema de tratamiento que a continuación se señala: (Marcar con X y subrayar donde corresponde).

RIFAMPICINA ()

ISONIACIDA ()

PIRAZINAMIDA ()

ETAMBUTOL ()

ESTREPTOMICINA ()

OTROS () Especificar: _____

Acepto recibir el tratamiento los días _____,

En la modalidad: _____.

Declaro voluntariamente mi aceptación para recibir el tratamiento para tuberculosis _____ y haber sido informado(a) por personal del Hospital San José de Maicao _____ de las posibilidades de curación y/o fracaso de este tratamiento. Manifiesto mi conformidad para recibirlo en forma regular (sin inasistencias ni abandono), totalmente supervisado por el personal designado para tal fin, con estricto cumplimiento de las normas de la estrategia nacional del programa Control de Tuberculosis. También me comprometo a facilitar datos para la ubicación de mis contactos. En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No.

Domicilio

Firma del Responsable

C.C: No.

Domicilio

Firma de quien diligencia el consentimiento

Nombre:

Cargo: