

## ACUERDO PARA AYUDARME A PARAR LA PROPAGACIÓN DE TB

Entiendo que tengo o puedo tener tuberculosis (TB), enfermedad que podría propagarse a otras personas. Me comprometo a respetar las siguientes reglas hasta que el enfermero de TB me diga que ya no puedo contagiar la TB a otros. El enfermero de TB usará los resultados de mis análisis de esputo, la cantidad de medicamento para TB que he tomado y verá si mi TB está mejorando para decidir cuándo dejaré de ser contagioso.

1. Viviré en la dirección indicada al pie. Permaneceré en mi casa. No saldré para ir a trabajar ni para hacer trabajo voluntario o mandados, ni para ir a la escuela o a la iglesia, ni por otras razones.  
Si el enfermero de TB dice que “sí”, puedo ir a las citas médicas. Cuando vaya a estas citas me cubriré la nariz y la boca una máscara.
2. Si tengo que mudarme de esta casa, se lo haré saber al enfermero de TB dentro de un día.
3. Informaré al enfermero de TB si tengo planificado salir de vacaciones o de viaje durante mi tratamiento de TB. Entiendo que se me puede prohibir viajar hasta que ya no pueda contagiar la TB a otras personas.
4. No recibiré visitas en mi casa hasta que ya no pueda contagiar la TB a otras personas. Entiendo que las personas que ya viven conmigo pueden permanecer en mi casa. El enfermero de TB les hará un chequeo para determinar la presencia de TB.
5. Entiendo que el personal de TB puede llamarme o visitarme a cualquier hora razonable.
6. Otros: \_\_\_\_\_

**Entiendo que si rompo los acuerdos anteriores, se pueden tomar medidas legales en mi contra.** Las leyes de Oregón me prohíben contagiar la TB (ORS 433.010).

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Dirección del paciente**

\_\_\_\_\_  
Enfermero de TB del LHD, o persona designada

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (si es necesario)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(patient name)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(DOB)