

INSERT LOGO HERE

Formulario de consentimiento para la terapia de observación directa por video (V-DOT)

Nombre _____

Condado _____

Soy consciente de que me han diagnosticado tuberculosis (TB) activa. Necesitaré un curso largo de medicamentos para tratar mi tuberculosis. Kentucky tiene como estándar de atención actual que todas las dosis de medicamentos para la TB se tomen con terapia de observación directa (DOT por sus siglas en inglés) para asegurar que el paciente cumpla con la terapia. La observación de la toma del medicamento normalmente se realiza en el hogar del paciente o en el Departamento de Salud Local (LHD). Un paciente debe completar ocho (8) semanas de DOT sin ningún problema de cumplimiento antes de que se pueda considerar V-DOT.

Durante mi tratamiento, acepto colaborar con el Departamento de Salud Local (LHD) para que se realice una observación en video de mis dosis usando mi teléfono inteligente o una cámara conectada a mi computadora.

Tipo de V-DOT (equipo con cámara de video) _____

Entiendo que usaré mi teléfono inteligente o una cámara conectada a mi computadora en:

mi hogar lugar preasignado _____ a la(s) _____ (hora).

el _____ (escriba los días de la semana)

Acepto permitir que el trabajador del Departamento de Salud Local me observe tomar mis medicamentos en el _____ (tipo de V-DOT) en el horario preestablecido, ya sea diariamente, dos o tres veces por semana.

Entiendo que puedo volver a la terapia de observación directa (DOT) estándar en el hogar en cualquier momento durante el tratamiento. El uso de la tecnología para V-DOT puede tener ciertos beneficios para mí. Se espera que la terapia de observación directa por video sea menos intrusiva y permita una mayor flexibilidad en los horarios de la terapia. No creemos que el uso de la tecnología para V-DOT conlleve a ningún riesgo para el paciente.

Firma del paciente

Escribir claramente el nombre

Fecha(mes/día/año)

Firma del oficial (LHD)

Escribir claramente el nombre
del oficial (LHD)

Fecha(mes/día/año)