



## Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

### Rechazo del tratamiento para la infección por tuberculosis latente

He sido notificado por \_\_\_\_\_ de que a mí o a un adulto o un menor del que soy padre, tutor legal o responsable de la custodia se nos ha diagnosticado infección por tuberculosis latente (también llamada LTBI) con base en lo siguiente:

Prueba de detección de la tuberculosis (análisis de sangre IGRA o prueba cutánea de la tuberculina [TST]), con fecha y resultado:

Radiografía de tórax con fecha y resultado:

Detección de signos y síntomas de la tuberculosis con fecha y resultado:

El tratamiento para la LTBI con \_\_\_\_\_ ha sido recomendado por \_\_\_\_\_ para evitar que yo o el adulto o el menor del que soy padre, tutor legal o responsable de la custodia desarrollemos la enfermedad de la tuberculosis (TB) activa en el futuro.

Las personas con TB activa pueden tener los siguientes síntomas: tos que dura tres semanas o más, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso o tos con sangre. Las personas con infección activa por TB pueden transmitir la bacteria a otras personas. Si yo o el adulto o el menor del que soy padre, tutor legal o responsable de la custodia desarrollamos cualquiera de estos síntomas, se me ha aconsejado que busque atención médica de inmediato.

---

**He leído la información arriba mencionada sobre el tratamiento de la LTBI. Entiendo los riesgos y los beneficios del tratamiento. He podido hacer preguntas y recibir respuestas a esas preguntas por parte del personal del Departamento Estatal de Servicios de Salud.**

**El Departamento Estatal de Servicios de Salud se ha ofrecido a darme medicamentos y supervisión médica sin costo. Sin embargo, he optado por no tomar el tratamiento para mí, ni aceptarlo para la persona bajo mi cuidado legal o tutela. Si posteriormente decido aceptar el tratamiento para LTBI, entiendo que el Departamento Estatal de Servicios de Salud estará disponible para asesorarme al respecto.**

Por la presente, reconozco que he recibido una copia de esta carta.

---

Nombre en letra de molde del cliente:

Firma del cliente/tutor legal:

Fecha:

Firma del enfermero/personal de TB:

Fecha:

Se entregó una copia de la carta     Se negó a firmar