

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
Rechazo de completar una evaluación para infección por tuberculosis

He sido informado por _____ que yo o un hijo adulto o
(nombre del departamento de salud / programa)
menor de edad de quien yo soy el padre, tutor legal o responsable de la custodia, ha estado en
contacto con alguien que se sabe o se sospecha tiene tuberculosis (TB) activa.

Entiendo que la tuberculosis es una enfermedad potencialmente mortal. He sido informado de
los riesgos asociados a esta exposición, que incluyen el padecer una infección de tuberculosis o
la enfermedad de la tuberculosis.

Entiendo que se recomienda una evaluación médica completa debido a esta exposición. Para ser
evaluado completamente, yo o un adulto o un niño menor de edad de quien soy el padre, tutor
legal o responsable de la custodia hemos sido informados de que se necesita lo siguiente (el
departamento de salud debe marcar todas las opciones que correspondan):

- Prueba cutánea de TB o análisis de sangre de TB *ahora*
- Una segunda prueba cutánea de TB o análisis de sangre de TB, [fecha]: _____
- Radiografía del pecho
- Evaluación por el médico, [nombre]: _____
- Otra prueba: _____

Entiendo que si un niño es menor de 5 años, corre un mayor riesgo de desarrollar una
forma de tuberculosis mortal. Entiendo que si no doy mi consentimiento para una evaluación
completa del niño, el _____ podría tomar medidas adicionales.
(nombre del departamento de salud / programa)

Entiendo que mi negativa a una evaluación completa no significa que yo o un adulto o niño
menor de edad del que soy padre, tutor legal o responsable de la custodia no pueda volver
en una fecha posterior para la evaluación, o que si yo o un adulto o niño menor de edad de
quien soy el padre, tutor legal o titular de la custodia desarrollamos signos y síntomas de
tuberculosis se nos negarán los servicios. Me pondré en contacto inmediatamente con
_____ para recibir atención.
(nombre del departamento de salud / programa / proveedor médico)

Entiendo que si rechazo cualquier parte de la evaluación completa, estoy en riesgo de contraer o
desarrollar una tuberculosis activa, que podría ser mortal si no se trata.
He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han respondido a mis preguntas y
preocupaciones.

**Me niego a participar en la evaluación recomendada para el control y la prevención de
la tuberculosis en mí mismo o en las personas que están bajo mi cargo y/o tutela legal
y comprendo el riesgo de rechazar la evaluación completa de la infección por
tuberculosis.**

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 _____

Fecha del enfermero / personal de TB _____ Fecha _____

- Se entregó una copia de la carta
- Se negó a firmar