**TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES**

**ORDER TO IMPLEMENT CONTROL MEASURES**

**FOR CHILDREN WITH TUBERCULOSIS**

To: (Name)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Address)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(phone#)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I have reasonable cause to believe that \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a minor child of whom you are the parent, legal guardian, or managing conservator, is suffering from **TUBERCULOSIS,** which is a communicable disease. By the authority given to me by the State of Texas, Health and Safety Code, section 81.083, I hereby order you to do the following:

1. Parent/guardian will bring child to all appointments with clinical staff as instructed.

2. Parent/guardian will follow all medical instructions from the physician or clinic staff regarding treatment for tuberculosis.

3. Parent/guardian will bring the child to the Public Health Department Clinic or be at an agreed location and time for taking Directly Observed Therapy (DOT).

4. Parent/guardian will not send the child to school/daycare until authorized by clinic physician.

5. Parent/guardian will not allow anyone other than those living with you or health department staff into your home until authorized.

6. Parent/guardian will not let the child leave home except as authorized by your clinic physician.

7. Special Orders - see reverse side. **THE PARENT/GUARDIAN MUST UNDERSTAND, INITIAL AND FOLLOW THE INSTRUCTIONS ON THE BACK OF THIS ORDER.**

This order shall be effective until the child has completed the recommended treatment and is no longer infected with Tuberculosis.

If you fail to follow these orders, I may begin court proceedings in the child’s interest. The court may order the child placed in protective custody until a hearing is held. After the hearing, the court may order hospitalization for the child. The court also may order that the child be brought to the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Health Department, Tuberculosis Control Clinic for treatment. If court proceedings are begun, an attorney will be appointed to represent the child.

Signed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Local Health Authority) (Printed Name)

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_.

Local Health Authority of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City/County.

Acting Health Authority or Director of Public Health Region \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**-------------------------------------------------------------------------------------------------**

Please sign in the space provide below to show that you received these orders and understand them.

**I hereby acknowledge that I received these orders and understand them.**

Signed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Parent/Guardian)

Witnessed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instructions for Client

**Client's Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Physician's Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Keep all appointments given to you by clinical staff.

Several appointments will be necessary to be sure your treatment is working. The treatment for tuberculosis is usually for six or more months. It is very important for you to keep all of the appointments made for you. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(client's initials)

2. Be sure you take your medicine for the treatment of your tuberculosis as your doctor or other clinic staff tells you. This means you must: keep all appointments at the clinic or other locations that have been discussed with you; take your medication as advised; provide sputum, urine or blood specimen as requested; report changes in your health; report when you move from where you live now and provide information about those with whom you spend a lot of time.

(client's initials)

3. Come to the Public Health Department Clinic or be at an agreed place and time to take Directly Observed Therapy (DOT). DOT is a way we can be sure that you take all the medication needed to cure your tuberculosis. Taking DOT means that a health care worker will meet you at a scheduled time and place and give you your medication as ordered by the doctor. Location for DOT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

(location) (client's initials)

DOT will give you the best chance to cure your TB. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(client's initials)

4. Do not return to work or school until authorized by your clinic physician. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(client's initials)

5. Do not allow anyone other than those living with you or health department staff into your home until authorized. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(client's initials)

6. Do not leave your home unless authorized by your clinic physician. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(client's initials)

 You are or may be capable of spreading TB to others and must remain in your home or in a place where you will not expose others to the TB germ. When you take your TB medicines, you may quickly decrease the likelihood of spreading TB to others. Your doctor will decide when this occurs at your follow-up appointments.

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ client's initials) (physician's signature) (date)

 You may attend school and/or go to work \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(client's initials) (physician's signature) (date)

7. Special orders \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(client’s initials)

**DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS**

**ORDEN PARA IMPLEMENTAR MEDIDAS DE CONTROL**

**PARA LOS NIÑOS CON TUBERCULOSIS**

Para: (Nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Domicilio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Número de Teléfono) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo tengo motivos razonables para creer que , un niño menor de edad de quien usted es padre, tutor legal, o a quien usted tiene bajo custodia, está sufriendo de **TUBERCULOSIS**, la cual es una enfermedad contagiosa. Por la autoridad que me han dado el estado de Texas, Código de Seguridad y Salud 81.083, le ordeno por la presente que haga lo siguiente:

1. Padre/guardian tiene que llegar a toda las citas con el niño a la oficina como se indica.

2. Padre/guardian seguir todas las indicaciones de el medco or las enfermedas sobre el tratamiento para tu tuberculosis.

3. Padre/guardian necisita triar el cliente a la oficina de Departamento de Salud Pública o al lugar y la hora acordados para recibir terapia directamente observada (DOT).

4. Padre/guardian no manda la cliente a las escuela hasta el medico autorizado el cliente para hacerlo.

5. Padre/guardian no deja nadie entrar en la casa. Solo las personas que ya viven allí o las personales de la clínica hasta el medico autorizado.

6. Padre/guardian no puede dejar la cliente salir de las casa sin autorizado por el medico.

7. Órdenes especiales —ver al reverso—.

**EL PADRE/GUARDIAN NECISITA INTENDER, PONGA LAS INICIALES, Y SEGUIR TODO LAS INSTRUCCIONES EN LA PAGINA DE ATRÁS..**

Esta orden estará en vigor hasta que el niño haya terminado el tratamiento que se recomienda y ya no esté infectado con la Tuberculosis.

Si usted no sigue estas órdenes, yo puedo iniciar procedimientos en la corte en beneficio del niño. La corte puede ordenar que el niño sea puesto en detención preventiva hasta que se haya llevado a cabo una audiencia. Después de la audiencia, la corte puede ordenar que el niño sea internado en un hospital. La corte también puede ordenar que el niño sea llevado para tratamiento a la Clínica del control de la Tuberculosis del Departamento de Salud de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Si se inician procedimientos en la corte, se designará a un abogado para que represente al niño.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autoridad de Salud                                Nombre Impreso

Firmado el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

Entidad de Salud de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/condado.

Provisional Entidad de Salud o Director (a) de la Región de Salud Pública\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------Por favor firme en el espacio provisto a continuación para indicar que ha recibido estas órdenes y que las entiende.

**Por este medio afirmo haber recibido una copia de estas órdenes y entenderlas.**

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del cliente)

Testigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del padre,tutor legal, o persona con custodia)

Indicaciones para el cliente

**Nombre del cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Asista a todas las citas que le haya dado el personal clínico.

Serán necesarias varias citas para asegurarse de que su tratamiento esté surtiendo efecto. El tratamiento para la tuberculosis dura normalmente seis meses o más. Es muy importante que asista a todas las citas que le han hecho. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente)

2. Asegúrese de tomar su medicina para su tratamiento de tuberculosis como el médico u otro miembro del personal clínico se lo indique. Esto significa que usted debe: asistir a todas las citas en la clínica o a las ubicaciones que hayan discutido con usted; tomar su medicación como le han indicado; proveer muestras de esputo, orina o sangre de ser requeridas; informar de cambios en su salud; informar cuando se mude de donde vive ahora y proveer información acerca de aquellas personas con las que pasa mucho tiempo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente)

3. Venga a la Clínica del Departamento de Salud Pública o al lugar y la hora acordados para recibir terapia directamente observada (DOT). La DOT es una manera por medio de la cual podemos asegurarnos de que usted tome toda la medicación necesaria para curar su tuberculosis. Recibir la DOT significa que un trabajador de salud se reunirá con usted a la hora y en el lugar acordados para darle su medicación como fue ordenado por el doctor.

Lugar para la DOT \_\_\_\_\_\_\_\_ / . La DOT le brindará las mejores

(Ubicación) (Iniciales del cliente)

posibilidades de que se cure de tuberculosis. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente)

4. No regrese al trabajo o a la escuela hasta que su médico clínico lo autorice. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente)

5. No permita que nadie aparte de las personas o del personal del departamento de salud ingrese a su hogar hasta recibir autorización. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente)

6. No salga de su hogar a menos que su médico clínico lo autorice. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente)

 Usted es o podría ser capaz de contagiar la tuberculosis a los demás y debe permanecer en su hogar o en un lugar donde no exponga a los demás a los gérmenes de la tuberculosis. Al tomar sus medicinas para la tuberculosis, usted podría disminuir rápidamente la posibilidad de contagiarles la tuberculosis a los demás. Cuando eso ocurra su médico tomará una decisión en sus citas de seguimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente) (Firma del médico) (Fecha)

 Usted puede asistir a la escuela/ir al trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Iniciales del cliente) (Firma del médico) (Fecha)

7. Órdenes especiales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Iniciales del cliente)