Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del participante) he recibido un teléfono celular (marca) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha) para usarlo durante mi inscripción en la terapia de observación directa con video (VDOT) del Programa de Tuberculosis (TB) de (insert Public Health Region).

**Con mi firma indico que acepto las siguientes condiciones:**

1. Estoy consciente de que solo puedo usar este teléfono celular para subir videos de mí mismo tomando mis medicamentos y para llamadas y mensajes de texto relacionados con mi tratamiento para la TB.
2. Estoy consciente de que soy la única persona autorizada para usar este celular.
3. Me comprometo a cuidar debidamente del celular que se me ha asignado y del equipo relacionado mientras los tenga conmigo y esté inscrito en el programa VDOT.
4. En caso de que el teléfono celular se pierda, sea robado o se rompa, me pondré en contacto con el (insert Public Health Region contact here) en (insert contact information here). Si pierdo o me es robado el teléfono, haré una denuncia policial dentro de los siguientes 3 días hábiles y proporcionaré inmediatamente el número de denuncia policial al (insert PHR contact here).
5. El (insert Public Health Region here) y las otras partes se rigen por las leyes federales (HIPAA) y estatales de privacidad en el uso y divulgación de la información médica protegida. Estoy enterado de que la información sobre mi uso del servicio móvil, incluidos los detalles de cuándo utilizo los servicios de datos o realizo llamadas y a qué número, puede ser compartida únicamente con fines administrativos con eMocha® Mobile Health Inc. o con (insert Public Health Region here). La información o el contenido de identificación personal solo pueden divulgarse en cumplimiento de la HIPAA y de las leyes federales y estatales que correspondan.
6. Estoy enterado de que si utilizo el teléfono celular con fines no aprobados puedo ser suspendido del programa VDOT y volver a la Terapia de Observación Directa en persona para completar el tratamiento.
7. Estoy enterado de que si pierdo o me es robado el teléfono, regresaré a la Terapia de Observación Directa en persona para completar el tratamiento.
8. Entiendo que debo seguir todas las leyes y reglamentos locales, estatales y federales que correspondan en relación con el uso de los teléfonos celulares en todo momento. Esto incluye abstenerse de usar el teléfono móvil mientras se conduce.
9. El dispositivo está protegido con una contraseña, y entiendo que debo mantener esa medida de seguridad.
10. Estoy enterado de que si ya no puedo participar en el programa VDOT de (insert Public Health Region here), (por motivos como mudanza o cambios en la salud) o si termino todo el curso de mi tratamiento, regresaré de inmediato el teléfono celular y cualquier otro equipo que haya recibido a la enfermera encargada de mi caso o a la promotora de salud.
11. Entiendo que el teléfono celular y todo equipo relacionado es propiedad de (insert Public Health Region here). El uso indebido, el abuso o la pérdida de objetos propiedad del DSHS podría llevarme a ser penalizado o multado o a ser procesado conforme a la ley.

Número del teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm. de ID del teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del participante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del participante o tutor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del empleado de la PHR o del testigo Fecha