TEXAS Department of State Health Services
TX DSHS Public Health Nursing

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CON MEDICACIÓN ORAL O INYECTABLE

Le proporcionamos la información en este formulario de consentimiento para que usted pueda tener un mejor conocimiento sobre el tratamiento que se le ha prescrito. Una vez que esté seguro de que entiende la información sobre el tratamiento que se le recomienda, y si usted está de acuerdo en recibir este tratamiento, deberá firmar este formulario para indicar que lo entiende y que da su consentimiento para recibir el tratamiento. Después de que usted lo haya firmado, el formulario se guardará en su expediente médico.

Se me recomienda que reciba medicamentos por vía oral o inyectable debido a que (marque una casilla):

- ☐ Se me ha diagnosticado _____, O BIEN
- ☐ He estado expuesto a _____, la cual es una enfermedad de transmisión sexual.

Entiendo que el medicamento recomendado para el ☐ tratamiento, o recomendado como ☐ atención preventiva, es el siguiente:
[Enfermero: Marque el (o los) medicamento(s) prescritos/administrados]

- ☐ Azitromicina (**Zithromax**) 1g (oral) **_____veces al día durante _____días**
- ☐ Azitromicina (**Zithromax**) 2g (oral) **_____veces al día durante _____días**
- ☐ Cefixima (**Suprax**) 400 mg (oral)
- ☐ Ceftriaxona (**Rocephin**) 250 mg (inyectable)
- ☐ **Doxiciclina** 100 mg (oral) **_____veces al día durante _____días**
- ☐ **Gentamicina** 240 mg (inyectable)
- ☐ Penicilina G benzatínica (**Bicillin**) [(**bicilina**)] 2.4 MU (inyectable), **_____ dosis** (Si necesito más de una dosis, tendré que regresar a la clínica según se me indique).
- ☐ Otros:_____
- ☐

Entiendo que pueden existir riesgos y peligros si decido no recibir el tratamiento para mi enfermedad. Entiendo además que el medicamento que se me ha prescrito puede conllevar ciertos riesgos y peligros para mí, dependiendo del tipo de medicamento que se me haya prescrito, como aquí se indica:

- **Zithromax:** Problemas gastrointestinales (del estómago o intestinos), genitourinarios (de la vejiga o los órganos sexuales), del sistema nervioso, cardiovasculares (del corazón y vasos sanguíneos)
- **Rocephin/Suprax**: Problemas gastrointestinales (del estómago o intestinos), reacción de hipersensibilidad (alérgica), problemas hepáticos (del hígado), renales (de los riñones), del sistema nervioso central, reacciones graves o mortales (choque, hinchazón, de la respiración)
- **Gentamicina (Gentamycin):** Reacción alérgica (de la respiración, hinchazón), problemas en los riñones (dificultad para orinar), problemas de equilibrio/mareos, pérdida de la audición (y zumbidos en los oídos), problemas musculares (debilidad, ardor, entumecimiento, sacudidas), convulsiones, confusión, decaimiento del estado de ánimo, dolor de cabeza, problemas de la visión
- **Doxiciclina (Doxycycline)**: Problemas gastrointestinales (del estómago o intestinos)
- **Bicilina (Bicillin)**: Reacciones graves o mortales (choque, hinchazón, problemas respiratorios)

adhere pt. ID sticker here
Cl. Name: _____
SS# _____
ID# _____
DOB: _____

TEXAS Department of State Health Services

TX DSHS Public Health Nursing

Entiendo que yo seré el responsable de cualquier costo relacionado con las complicaciones que experimente como consecuencia de la administración de esta medicación. He contestado de manera completa y veraz todas las preguntas sobre mi historial médico y mi estado de salud actual. Le he informado al médico o a otro personal clínico sobre todas mis enfermedades, incluidas las alergias, que podrían indicar que no debo tomar esta medicación.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta enfermedad de transmisión sexual o sobre esta exposición, sobre los riesgos de no aceptar que se me dé el tratamiento, sobre las formas alternativas de tratamiento, sobre los beneficios y los riesgos y peligros del medicamento prescrito, y sobre la gravedad y duración de los efectos secundarios indicados. Estas preguntas me han sido contestadas satisfactoriamente. Entiendo que ni el Departamento Estatal de Servicios de Salud, ni sus empleados, ni el Estado de Texas han avalado o garantizado la seguridad o efectividad del tratamiento indicado.

Con base en todo lo anterior, pienso que he recibido la información suficiente para dar, y lo doy, este consentimiento informado para que se me administre el medicamento prescrito. El contenido de este formulario se me ha explicado. ☐☐He leído este formulario, o ☐ Este formulario se me ha leído. Todos los espacios en blanco se llenaron antes de que yo firmara el formulario.

FIRMAS

Sección I:
Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____
Persona autorizada para dar el consentimiento (si no es el paciente):
_____ Relación: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Section II: Certifico que la persona autorizada para dar el consentimiento no puede ser contactada y que con anterioridad no se ha negado a proporcionar el servicio que se solicita.
Nombre del paciente: _____
Nombre de la persona que da el consentimiento:
_____Fecha: _____
Relación con el paciente: _____

Domicilio:
_____
_____
Número telefónico: _____

Sección III:
Firma del consejero: _____ Fecha: _____

adhere pt. ID sticker here

Cl. Name: _____
SS# _____
ID# _____
DOB: _____