

**ANEXO N° 9: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTO O TERAPIA PREVENTIVA**

Yo, _____ identificado (a) con
D.N.I. () / Pasaporte () / Carnet de extranjería () u otro () N° _____, domiciliado (a)
en _____, declaro haber
sido informado (a) por el médico cirujano _____ del establecimiento
de salud _____ de la DIRIS/DIRESA/GERESA _____ sobre:

() **Diagnóstico y tratamiento de la TB**, posibilidades de respuesta al tratamiento, así como los riesgos que representa la afección a mi salud y las complicaciones e implicancias en la salud pública y por el riesgo de contagio que puede provocar. Así como, de las reacciones adversas a los medicamentos, posibilidades de curación o fracaso a este tratamiento y de la necesidad de cumplir estrictamente con las indicaciones médicas y del personal del establecimiento de salud, del esquema de tratamiento:

TB SENSIBLE () Especificar: _____

TB DROGORRESISTENTE () Especificar: _____

OTROS () Especificar: _____

() **Terapia preventiva de la tuberculosis**, los beneficios para prevenir y/o disminuir las posibilidades de enfermar por tuberculosis. Así como, de la necesidad de cumplir estrictamente con las indicaciones médicas y del personal del establecimiento, correspondiente a la:

Terapia preventiva de la TB sensible () Especificar: _____

Terapia preventiva de la TB drogorresistente () Especificar: _____

De acuerdo a la información recibida, declaro voluntariamente:

() mi conformidad para recibir en forma regular (sin inasistencias, ni pérdida en el seguimiento), el tratamiento o TPT, totalmente supervisado por el personal del establecimiento de salud y con estricto cumplimiento de las normas de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB). Exceptúo de responsabilidad legal al médico tratante, al equipo de salud a cargo de la administración de los medicamentos, dentro del establecimiento de Salud o en domicilio, y al Ministerio de Salud, si se presentase evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento descrito.

() mi rechazo a recibir el tratamiento o TPT indicado por el médico cirujano del E.S., asumiendo la responsabilidad legal que esto implica.

En señal de conformidad, firmo el presente.

Firma del paciente: _____

DNI del paciente: _____

Firma del apoderado: _____ DNI del apoderado: _____

Firma del testigo: _____ DNI del testigo: _____

Huella digital del
paciente

Firma y sello del médico cirujano informante:

DNI del médico cirujano: _____ CMP: _____ Lugar y fecha: _____

Si durante el tratamiento la PAT decide revocar el consentimiento informado de su tratamiento o terapia preventiva de la TB, esta decisión será registrada en la historia clínica.