



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CONTRA LA HEPATITIS C

INSTALACION

Por favor, ponga sus iniciales en el espacio en cada renglón para indicar que entiende y está de acuerdo.

1. _____ Se me va a evaluar para terapia a base de medicamentos para tratar mi hepatitis C. Es posible que se decida que los medicamentos sean contra indicados.
2. _____ Se me va a poner en categoría de “suspensión por razones médicas” para asegurar que se manejen mis cuidados apropiadamente, que se hagan todas las pruebas y consultas puntualmente y que tenga acceso a los cuidados necesarios si padezco de efectos secundarios. No calificaré para ir a un reclusorio nocturno hasta que termine con todo el tratamiento. Es posible que se me traslade a otra instalación para que se provea alguna parte de mi evaluación o tratamiento.
3. _____ Es posible que necesite yo un examen FibroScan® (una prueba no invasiva para determinar la cantidad de cicatrización en el hígado) o una biopsia del hígado para completar la evaluación.
4. _____ Es posible que sea necesario que yo divulgue mi tratamiento contra la hepatitis C a mis proveedores de tratamiento de dependencia química/tratamiento de trastorno por uso de sustancia, a la comunidad terapéutica o al personal de clasificación para que puedan coordinar mi tratamiento y horarios de programación.
5. _____ No voy a dejarme tatuar durante mi evaluación o tratamiento.
6. _____ Entiendo que aunque este tratamiento cure mi hepatitis C, se me puede dar la infección otra vez.
7. _____ Existe una posibilidad pequeña, pero real de que pueda morir debido a este tratamiento, especialmente si tengo una cicatrización muy avanzada del hígado.
8. _____ Puedo tomar acetaminofén (Tylenol®) para ayudar a aliviar síntomas, como dolor de cabeza y dolores en las articulaciones, pero no debo exceder de 2,000 mg al día. Debo esparcir mis actividades, permitiendo periodos de descanso diarios. Hablaré con mi médico antes de tomar medicamentos para el dolor sin receta (por ejemplo, Motrin®, ibuprofeno, Naproxeno®).
9. _____ El tratamiento implica tomar pastillas vía oral cada día. Estoy de acuerdo en tomarme CADA pastilla cuando se supone que lo haga.
10. _____ Acepto someterme a pruebas de la sangre periódicas para ver qué tan bien sirven los medicamentos.
11. _____ Estoy de acuerdo en ir a consultas de seguimiento con mi profesional médico para que evalúe mi salud en general, los efectos secundarios de los medicamentos y para que conteste mis preguntas.
12. _____ Se pueden requerir medicamentos, análisis de laboratorio y exámenes con un profesional médico por un máximo de 6 meses. Además, voy a necesitar análisis de laboratorio periódicos por 3 meses después de cumplir con el tratamiento. La clase de virus de la hepatitis C que tengo y el grado de cicatrización de mi hígado determinarán la duración de mi tratamiento y los medicamentos utilizados.
13. _____ No voy a tomar ningún medicamento que no me haya sido recetado (o aprobado por escrito para que lo compre yo de la tienda) durante la evaluación o mientras tome yo los medicamentos contra la hepatitis C. Si no cumplo, es posible que me despidan del programa para la hepatitis C.



INSTALACION

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CONTRA LA HEPATITIS C

- 14. _____ Mi profesional médico puede pedir evaluaciones de drogas al azar para mí durante la evaluación y tratamiento de la hepatitis C. Estoy de acuerdo en no tomar bebidas o medicamentos que contienen alcohol durante la evaluación o tratamiento. Estoy de acuerdo en no tomar drogas ilegales durante la evaluación o tratamiento. Si quiebro esta regla, se esperará que participe yo en el programa de drogodependencia y que cumpla con el programa.
 - 15. _____ El medicamento “Ribavirin” que se usa para tratar la hepatitis C puede causar defectos congénitos. Las mujeres que son pacientes deben evitar el embarazo y amamantamiento mientras reciben este medicamento. Los hombres que toman el medicamento “Ribavirin” deben evitar que una mujer quede embarazada por tener relaciones con él. Las dos personas del género opuesto deben usar dos formas de anticonceptivos durante el tratamiento y seis meses después de la última dosis para evitar defectos congénitos. Si se me pone en libertad durante este tiempo, seré responsable de usar anticonceptivos apropiados.
 - 16. _____ Si quiero tener una visita familiar extendida con mi cónyuge o pareja doméstica registrada durante el tratamiento, tendré que firmar una autorización para revelar información sobre mi salud. Esta autorización permitirá que el personal médico hable acerca de mi hepatitis C, el tratamiento que estoy recibiendo y cualquier riesgo de defectos de nacimiento con mi cónyuge/pareja doméstica registrada. **Si no firmo la autorización, es posible que no se me autoricen visitas familiares extendidas.**
 - 17. _____ Se me pedirá firmar voluntariamente una autorización para revelar información sobre mi salud (DOC 13-035). Con esto el Departamento puede pedir todos los historiales clínicos que haya (médico, dental, salud mental, drogodependencia) para poder proveer el mejor tratamiento posible para mí.
 - 18. _____ Entiendo que existe una buena posibilidad que el tratamiento no sirva.
 - 19. _____ Si decido parar el tratamiento por **cualquier** razón, tal vez no califique para el tratamiento de nuevo.
- Entiendo todo lo anterior en donde he puesto mis iniciales. Me han permitido hacer preguntas acerca del tratamiento de la hepatitis C. Se me han contestado todas mis preguntas de manera satisfactoria. Entiendo que si tengo más preguntas luego, debo hacerlas a uno de los profesionales médicos. Entiendo que si no pongo mis iniciales junto a cualquier punto de este contrato para mostrar que entiendo/estoy de acuerdo, no califico para el tratamiento contra la hepatitis C. Entiendo si no acato alguno de los términos del contrato en el futuro, mi profesional médico tendrá el derecho de parar mi tratamiento.
- He recibido información acerca de la hepatitis C y su tratamiento. No me interesa el tratamiento contra la hepatitis C en este momento. Esto no previene que me dé el tratamiento en el futuro.

FIRMA DEL/DE LA PACIENTE

FECHA

TESTIGO (PUEDE SER EL PROFESIONAL MEDICO ENCARGADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO)

FECHA