



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” al menos que este en un centro de recepción 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. Traslado a un centro de reentrada puede requerir coordinación con mi consejero de clasificación.
3. _____ 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, al personal de reentrada, al personal de clasificación que puede cumplir los requisitos de mi tratamiento y horarios de programa.
4. _____ Entiendo que aunque este tratamiento cure mi hepatitis C, se me puede dar la infección otra vez.
5. _____ Incluso si estoy curado, la prueba de detección de la hepatitis C (un anticuerpo de la hepatitis C) probablemente seguirá siendo positiva de por vida, pero mi ARN de la hepatitis C o carga viral se volverá indetectable.
6. _____ Existe una posibilidad pequeña, pero real de que pueda morir debido a este tratamiento, especialmente si tengo una cicatrización muy avanzada del hígado.
7. _____ 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®).
8. _____ El tratamiento consiste en tomar pastillas por vía oral diario. Acepto tomar el tratamiento según lo prescrito.
9. _____ Acepto someterme a pruebas de la sangre periódicas para ver qué tan bien sirven los medicamentos.
10. _____ El tratamiento de la hepatitis C a veces interactúa con otros medicamentos, como los medicamentos para la diabetes o los anticoagulantes, que pueden requerir un control más cercano. Mi proveedor hablara sobre cualquier efecto potencial que tengan los medicamentos para la hepatitis C en mis otros tratamientos.
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.



INSTALACION

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CONTRA LA HEPATITIS C

- 14. _____ Actualmente, la ribavirina rara vez se usa en el tratamiento de la hepatitis C, pero si se usa, puede causar defectos de nacimiento. El embarazo y la lactancia deben evitarse mientras se está tratando con este medicamento. Los pacientes que reciben tratamiento con ribavirina deben evitar que su pareja quede embarazada. Todos los sexos deben usar al menos dos métodos anticonceptivos durante el tratamiento y durante seis meses después de la última dosis de tratamiento de ribavirina para prevenir defectos de nacimiento. Si me liberan durante este período de tiempo, seré responsable de garantizar la anticoncepción adecuada.
 - 15. _____ Si quiero tener una visita familiar prolongada con un cónyuge o pareja doméstica durante el tratamiento, tendré que firmar una Autorización para la divulgación de información médica. Esta Autorización permitirá que el personal de salud hable sobre mi hepatitis C, el tratamiento que estoy recibiendo para ella, y cualquier riesgo de defectos de nacimiento, si está siendo tratado con ribavirina, con mi cónyuge / pareja doméstica registrada en el estado. **Si no estoy de acuerdo en firmar la divulgación de información, no se me pueden conceder visitas familiares prolongadas a menos que ya no haya un riesgo.**
 - 16. _____ 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.
 - 17. _____ Entiendo que existe una buena posibilidad que el tratamiento no sirva.
 - 18. _____ Si decido parar el tratamiento, tal vez no vuelva a calificar para el tratamiento.
- 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