

**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas  
Programa de la Enfermedad de Hansen**

**Acuerdo del paciente para recibir tratamiento en una clínica especializada  
en la enfermedad de Hansen con apoyo del DSHS**

A: (Name) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Phone #) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y me comprometo voluntariamente a hacerme exámenes clínicos, biopsias o pruebas y recibir cuidado de la piel y medicamentos como parte de mi tratamiento contra la enfermedad de Hansen o a recibir atención médica de seguimiento después de estar en tratamiento.

También entiendo y me comprometo voluntariamente a (ponga sus iniciales al lado de cada afirmación después de leerla):

\_\_\_\_\_ Recibir servicios en esta clínica solamente como paciente externo, para el tratamiento y el cuidado de la enfermedad de Hansen o cualquier complicación de la misma, según lo determine el doctor de la clínica especializada en la enfermedad de Hansen.

\_\_\_\_\_ Programar mis citas médicas en la clínica.

\_\_\_\_\_ Acudir puntualmente a todas mis citas programadas con el personal de la clínica como se me indique.

\_\_\_\_\_ Seguir todas las indicaciones médicas del doctor o personal de la clínica relacionadas con el tratamiento de la enfermedad de Hansen o con cualquier reacción o problema médico causado por mi diagnóstico actual o historia con la enfermedad de Hansen.

\_\_\_\_\_ Encargarme de mi transporte a la clínica. Entiendo que, si no puedo programar mi transporte a la clínica, tendré que avisar al personal de la clínica para saber si califico para alguna opción que esté disponible.

\_\_\_\_\_ Seguir todas las instrucciones para programar el transporte y de otros servicios como se me indique.

\_\_\_\_\_ Guardar mis medicamentos en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños. Si pierdo o me roban los medicamentos, comprendo que no me los repondrán hasta mi próxima cita, y que podrían no reponerlos en lo absoluto.

\_\_\_\_\_ Tomar los medicamentos siguiendo las indicaciones y no cambiar la manera de tomarlos sin antes hablar con el doctor u otro miembro del equipo de tratamiento.

\_\_\_\_\_ No llamar en la noche ni en fines de semana para que me vuelvan a surtir los medicamentos. Entiendo que los medicamentos recetados se me surtirán durante las citas programadas con el equipo de tratamiento.

\_\_\_\_\_ Asegurarme de programar una cita para que me vuelvan a surtir los medicamentos. Si tengo problemas para programar una cita, informaré inmediatamente al personal de la clínica.

\_\_\_\_\_ Tratar al personal de la oficina con respeto en todo momento. Entiendo que si soy irrespetuoso con el personal o interrumpo el cuidado de otros pacientes, el DSHS podría dejar de brindarme los servicios y yo tendré que hacerme responsable de mi propia atención médica.

\_\_\_\_\_ Firmar la forma de divulgación de información para que los doctores se comuniquen entre sí o con los proveedores, según lo consideren necesario el doctor o el enfermero de la clínica especializada en la enfermedad de Hansen.

\_\_\_\_\_ Informar al doctor de todos los medicamentos que tomo, y avisarle enseguida si me recetan uno nuevo.

**\_\_\_\_\_ Entiendo que podría perder mi derecho al tratamiento en esta clínica si no cumpla con todas las secciones de este acuerdo, según lo determine el personal de la clínica especializado en la enfermedad de Hansen.**

Este acuerdo seguirá vigente mientras se pida tratamiento, y hasta que un doctor determine que ya no necesito tratamiento o seguimiento para la enfermedad de Hansen.

Firmado el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

NOMBRE del enfermero administrador de casos \_\_\_\_\_

FIRMA del enfermero administrador de casos \_\_\_\_\_

NOMBRE del doctor \_\_\_\_\_

FIRMA del doctor \_\_\_\_\_

-----  
Firme en la siguiente línea.

Por la presente certifico que he recibido una copia de este acuerdo y entiendo y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_