



**Estado Libre Asociado de Puerto Rico**  
**Departamento de Salud**  
**Programa para el Control de la Tuberculosis**

**INSTRUCCIONES PARA LA PLANIFICACIÓN DE ALTA DE  
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS**

1. Todo paciente diagnosticado con tuberculosis debe tener 3 muestras de AFB negativas para poder ser dado de alta.
2. Notifique al Programa de Control de Infecciones de su hospital con 24 horas de anticipación. Dicha oficina deberá comunicarse con el Programa para el Control de la Tuberculosis del Departamento de Salud para realizar la planificación de alta de paciente.
3. Si el paciente es dado de alta en fines de semana o en periodo de días festivos, el hospital deberá proveer por lo menos dos días de tratamiento en lo que el paciente se presenta a la clínica pulmonar.
4. Indique al paciente que asista el próximo día laborable, en ayunas, a la Clínica Pulmonar del Departamento de Salud que le corresponda.
5. Provéa al paciente una copia de su resumen de alta y de las últimas encimas hepáticas. Indique al paciente que los debe llevar a la Clínica Pulmonar del Departamento de Salud que le corresponda.
6. El médico deberá llenar la forma *Referido Médico para Terapia Observada Directa* (adjunta a continuación) y enviarla por fax al Programa para el Control de la Tuberculosis al (787) 274-5559.
7. Si tiene dudas y/o desea discutir el seguimiento de su paciente, comuníquese con el Programa para el Control de la Tuberculosis al (787) 765-2929 ext. 3861, 3862 ó 3863.

DEPARTAMENTO DE SALUD  
PROGRAMA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS  
Tel: 787-765-2929 ext. 3861 Fax: 787-274-5559

**REFERIDO MÉDICO PARA TERAPIA OBSERVADA DIRECTA (TOD)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

La siguiente es para solicitar que el paciente antes mencionado, reciba terapia observada directa (TOD). La necesidad para la continuación de la TOD será evaluada cada dos (2) meses.

Orden Médica: [Utiliza una marca de cotejo (x)]

5 días a la semana \_\_\_\_\_ 2 días a la semana \_\_\_\_\_ 3 días a la semana \_\_\_\_\_  
(L a V) (L-J o K-V) (L-M-V)

Hora \_\_\_:\_\_\_ AM ó PM

Medicamentos/Dosis:

INH \_\_\_\_\_ RIF \_\_\_\_\_ PZA \_\_\_\_\_ EMB \_\_\_\_\_ SM \_\_\_\_\_

ETH \_\_\_\_\_ KM \_\_\_\_\_ CYC \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PAS \_\_\_\_\_ AK \_\_\_\_\_

RBT \_\_\_\_\_ CIP \_\_\_\_\_ OFL \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del  
Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Clínica/Institución: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Paciente será re-evaluado para TOD y/o cambio de medicamento el:

Mes/Año: \_\_\_\_\_

***Por favor envíe esta forma por fax al Programa para el Control de la  
Tuberculosis antes de dar de alta al paciente.***