

# REGISTRO DE MEDICACIÓN

El esquema de 12 dosis para el tratamiento de la infección de tuberculosis (TB) latente

## Su horario de medicación

(Proveedores: indiquen el número correspondiente de pastillas y el día)

Medicamento	Número de pastillas a la semana	Frecuencia	Día
Isoniacida: ___ mg Rifapentina: ___ mg	TOTAL: _____ (isoniacida: _____, rifapentina: _____)	Una vez a la semana por 12 semanas (3 meses)	L M M J V S D

El médico también podría agregarle vitamina B6 a su plan de tratamiento.

## Registro de su tratamiento

En la tabla siguiente, marque la casilla y escriba la fecha para mostrar cuándo se tomó los medicamentos.

SEMANA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
EXEMPLO 7-13 de mayo	<input type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> 8 de mayo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 1	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 2	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 3	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 4	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 5	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 6	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 7	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 8	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 9	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 10	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 11	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Semana 12	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____



Centers for Disease  
Control and Prevention  
National Center for HIV/AIDS,  
Viral Hepatitis, STD, and  
TB Prevention

[www.cdc.gov/tb](http://www.cdc.gov/tb)

CS2892853G  
MLS-2944510

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS

El esquema de 12 dosis para el tratamiento de la infección de tuberculosis (TB) latente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_



## Efectos secundarios normales

La mayoría de las personas pueden tomar los medicamentos para la tuberculosis sin ningún problema. El medicamento con rifapentina puede hacer que la orina, la saliva, las lágrimas o el sudor se tornen de un color anaranjado-rojizo. Esto es normal y el color puede desvanecerse con el tiempo.



## **DEJE** de tomar el medicamento y **LLAME** al médico o enfermera de inmediato si tiene alguno de los siguientes problemas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mareo o sensación de mareo cuando está sentado o de pie.            | <input type="checkbox"/> Orina de color marrón o con color a té o coca-cola.                     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida o disminución de su apetito por la comida.                  | <input type="checkbox"/> Color amarillento en la piel o el blanco de los ojos.                   |
| <input type="checkbox"/> Malestar estomacal, náuseas o vómitos.                              | <input type="checkbox"/> Sarpullido o picazón en la piel.  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de estómago o cólicos estomacales.                            | <input type="checkbox"/> Moretones, o manchas rojas o moradas en la piel, que no pueda explicar. |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la parte baja del pecho o acidez estomacal.                | <input type="checkbox"/> Sangrados nasales, o sangrado en las encías o alrededor de los dientes. |
| <input type="checkbox"/> Síntomas similares a los de la influenza (gripe), con o sin fiebre. | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar.   |
| <input type="checkbox"/> Debilidad o cansancio intensos.                                     | <input type="checkbox"/> Dolor u hormigueo en las manos, los brazos o las piernas.               |
| <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos.   | <input type="checkbox"/> Sentimientos de tristeza o depresión.                                   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea intensa o heces (caca) de color claro.                      |  |



Hable con el médico o enfermera si tiene alguna pregunta o preocupación acerca del tratamiento para la infección de tuberculosis (TB) latente.

## Información de contacto del médico o centro médico

Nombre del miembro del personal que lo atiende: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_



Centers for Disease  
Control and Prevention  
National Center for HIV/AIDS,  
Viral Hepatitis, STD, and  
TB Prevention

[www.cdc.gov/tb](http://www.cdc.gov/tb)