

REGISTRO DE MEDICACIÓN

3 meses de isoniacida con rifampina diaria (3HR) para la infección de tuberculosis (TB) latente

Nombre del paciente: _____

Su esquema de medicación (proveedores: indiquen la cantidad correspondiente de pastillas)

Medicamento	Cantidad de pastillas por dosis	Frecuencia	Duración	Dosis
Isoniacida: _____ mg	TOTAL: _____	Una vez al día	3 meses	90
Rifampina: _____ mg	Isoniacida: _____			
	Rifampina: _____			

Efectos secundarios normales

La mayoría de las personas pueden tomar los medicamentos para la tuberculosis sin ningún problema. El medicamento rifampina puede hacer que la orina (pis), la saliva, las lágrimas o el sudor se vean de un color anaranjado rojizo. Esto es normal y el color podría desaparecer con el tiempo. Si toma isoniacida, el médico puede indicarle que la tome con vitamina B6.

DEJE de tomar el medicamento y LLAME a su médico o enfermero especialista en tuberculosis de inmediato si tiene:

Reducción o pérdida del apetito para comer
Malestar o cólicos estomacales
Náuseas o vómitos
Diarrea grave o heces (caca) de color claro
Orina de color marrón o con color a té o coca-cola

Moretones o sangrados que ocurren con facilidad
Sarpullido o picazón
Piel u ojos amarillentos
Debilidad o cansancio extremos
Fiebre

Dolor de cabeza o dolores corporales
Mareos
Hormigueo o adormecimiento de las manos o los pies

Hable con su médico o enfermero si tiene alguna pregunta o preocupación acerca del tratamiento para la infección de tuberculosis latente.

Información de contacto del médico o centro médico

Nombre del miembro del personal que lo atiende: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Horario: _____

Registro de su tratamiento

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

Dosis 1 a 30								
Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		

Dosis 31 a 60

Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha
31			41			51		
32			42			52		
33			43			53		
34			44			54		
35			45			55		
36			46			56		
37			47			57		
38			48			58		
39			49			59		
40			50			60		

Dosis 61 a 90

Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha
61			71			81		
62			72			82		
63			73			83		
64			74			84		
65			75			85		
66			76			86		
67			77			87		
68			78			88		
69			79			89		
70			80			90		



www.cdc.gov/tb/esp