

# REGISTRO DE MEDICACIÓN

4 meses de rifampina diaria (4R) para la infección de tuberculosis (TB) latente

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

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

Medicamento	Cantidad de pastillas por dosis	Frecuencia	Duración	Dosis
Rifampina: _____ mg	TOTAL: _____	Una vez por día	4 meses	120

## 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.

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

Pérdida o disminución de su apetito por la comida

Cólicos o malestar estomacales

Náuseas o vómitos

Orina del color de la Coca Cola o heces claras

Moretones o sangrados que ocurren con facilidad

Sarpullido o picazón

Piel u ojos amarillentos

Debilidad o cansancio extremos

Fiebre

Dolor de cabeza o dolores en el cuerpo

Mareos

Hable con el 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 se tomó los 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		



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

<https://www.cdc.gov/tb/esp>

CS-330204-C MLS-338268

## 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		

## DOSIS 91 a 120

Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha	Dosis #	¿La tomó?	Fecha
91			101			111		
92			102			112		
93			103			113		
94			104			114		
95			105			115		
96			106			116		
97			107			117		
98			108			118		
99			109			119		
100			110			120		