

PM FORMA 3.15.1

Consentimiento Informado para Tratamiento con Medicamentos Psicotrópicos

Yo he discutido la siguiente información con mi practicante médico de salud mental para cada uno de los medicamentos enlistados abajo:

- El diagnóstico y síntomas definidos para el medicamento recomendado;
- Los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento y si es aplicable todos los procedimientos disponibles y/o involucrados en el tratamiento propuesto;
- Los posibles riesgos y efectos secundarios;
- Las posibles alternativas;
- Los posibles resultados si no se toman los medicamentos recomendados;
- La posibilidad de que mi dosis de medicamento puede necesitar ser ajustada al paso del tiempo, consultando a mi practicante médico de salud mental;
- Mi derecho a participar activamente en mi tratamiento discutiendo inquietudes o preguntas sobre mis medicamentos con mi practicante médico de salud mental ; y
- Mi derecho a retirar mi consentimiento voluntario para medicamentos en cualquier momento (a menos que el uso de medicamentos en mi tratamiento sea exigido por una Orden de La Corte o sean parte de un Plan Especial de Tratamiento).

Yo entiendo la información que he recibido sobre los medicamentos. Al firmar abajo estoy de acuerdo con el uso de cada medicamento.

Medicamento	Síntomas para ser discutidos*	Como han sido discutidos**	Persona/Guardián*** iniciales & fecha	Practicante médico de salud mental iniciales & fecha
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____

Nombre escrito de Persona/Guardián

Firma

Iniciales

Nombre Escrito del/a Practicante Médico de Salud Mental

Firma

Iniciales

* Síntomas se refieren a los síntomas definidos específicos asociados con el diagnóstico, tales como tener lágrimas, alucinaciones, insomnia. Enliste los síntomas definidos en vez del diagnóstico.

** "Previamente" indica que el medicamento ha sido discutido en cita previa (hospital, otra clínica, etc.) o con otro doctor y usted verifica que la persona sigue estando de acuerdo con estos medicamentos en el tratamiento.

*** Asegura que el formulario del consentimiento informado con la firma original del paciente esté ubicado en el expediente del paciente. Si el consentimiento es obtenido por teléfono o a través de tele-medicina el individuo puede firmar y poner fecha en la siguiente visita que tenga cara a cara.

Last Revised: 05/17/2007

Effective Date: 08/15/2007

Person's Name: _____

Person's ID#: _____