|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICESDivision of Care and Treatment ServicesF-24277S (05/2024) | STATE OF WISCONSIN42 CFR483.420(a)(2)DHS 134.31(3)(o)DHS 94.03 & 94.09§§ 51.61(1)(g) & (h) |

|  |
| --- |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOSINFORMED CONSENT FOR MEDICATIONLa cumplimentación de este formulario es voluntaria. Si no se da el consentimiento informado, el medicamento no se puede administrar sin una orden judicial, salvo en caso de emergencia.Este consentimiento se mantiene en el expediente del cliente y es accesible a los usuarios autorizados. |
| Nombre del paciente o cliente (apellido, nombre e inicial)     ,             | Número de identificación       | Unidad de vivienda      | Fecha de nacimiento      |
| Nombre de la persona que prepara este formulario      | Nombre de la persona contacto del personal      | Nombre o número de teléfono del centro      |
| CATEGORÍA DEL MEDICAMENTO | **MEDICAMENTO** | INTERVALO DE DOSIS TOTAL DIARIA RECOMENDADA | **INTERVALO DE DOSIS PREVISTA** |
|       |      (     ) |       |       |
| El intervalo de dosis prevista debe individualizarse, puede estar por encima o por debajo del intervalo recomendado, pero no se administrará ningún medicamento sin su consentimiento informado y por escrito.Intervalo de dosis total diaria recomendada del fabricante, como se indica en *Physician’s Desk Reference* (PDR) u otra norma de referencia.Este medicamento se administrará [ ]  Vía oral [ ]  Por inyección [ ]  Otro: Especifique:       |
| Motivo del uso de medicamentos psicotrópicos y beneficios que se esperan (tenga en cuenta si se trata de un uso “no indicado en la etiqueta”)Incluir el diagnóstico DSM-5 o la impresión diagnóstica (“hipótesis de trabajo”). |
|       |
| **2. Modo(s) alternativo(s) de tratamiento distinto(s) o adicional(es) a los medicamentos:** Nota: Algunas de estas opciones sólo serían aplicables en un entorno hospitalario. |
| [ ]  Cambios en el entorno o el personal  | [ ]  Tratamientos o terapias de rehabilitación (OT, PT, AT) |
| [ ]  Reorientación positiva e interacción con el personal  | [ ]  Programas y enfoques de tratamiento (habilitación) |
| [ ]  Terapia individual o en grupo | [ ]  Uso de técnicas de intervención conductual  |
| **Otras alternativas**:       |
| 3. Las posibles consecuencias de NO recibir el medicamento propuesto son: |
| Deterioro de [ ]  Actividades laborales  | [ ]  Relaciones familiares  | [ ]  Funcionamiento social  |
|  |  |  |
| Posible aumento en los síntomas que podrían conducir a: |  |
| [ ]  Uso de reclusión o restricción | [ ]  Limitación en las actividades recreativas y de ocio |
| [ ]  Limitación del acceso a las posesiones | [ ]  Intervención de las fuerzas del orden  |
| [ ]  Limitación de las libertades personales | [ ]  Riesgo de daño a si mismo o a otros |
| [ ]  Limitación de la participación en tratamientos y actividades |  |
| **Otras consecuencias**:       |
|  Nota: Estas consecuencias pueden variar dependiendo de si la persona está en un entorno hospitalario o no. También es posible que en situaciones inusuales, se produzcan pocas o ninguna consecuencia adversa si no se administran los medicamentos. |

| F-24277S | Medicamento:      - (     ) |
| --- | --- |
| A continuación se enumeran los posibles efectos secundarios, advertencias y precauciones asociados con este medicamento. No se trata de una lista exhaustiva, sino que es representativa de los elementos de posible importancia clínica para usted. Para obtener más información sobre este medicamento, puede consultar a su médico o consultar un texto estándar, como el PDR. Como parte del seguimiento de algunos de estos posibles efectos secundarios, su médico puede solicitar pruebas de laboratorio o de otro tipo. El equipo de tratamiento vigilará bien de cerca a las personas que no puedan comunicar fácilmente los efectos secundarios para mejorar la atención y el tratamiento. |
| Continuación: Posibles efectos secundarios, advertencias y precauciones asociados con este medicamento.Efectos secundarios más comunes       |
| **Efectos secundarios menos frecuentes**       |
| **Efectos secundarios inusuales**       |
| **Precaución**       |
| **Advertencia**       |
| **Nota del síndrome**       |
| Consulte el texto de referencia estándar para obtener una lista completa de los efectos secundarios. |
| Por medio de mi firma a continuación, DOY consentimiento para el medicamento mencionado en la página 1 y la dosis prevista. Mi firma también indica que entiendo lo siguiente:1. Puedo negarme a dar mi consentimiento o retirarlo en cualquier momento notificándolo por escrito al director de la institución o a la persona designada. Esto no afectará mi derecho a cambiar de parecer en una fecha posterior. Si retiro mi consentimiento después de comenzar a tomar un medicamento, soy consciente de que es posible que el medicamento no se interrumpa inmediatamente. Más bien, se reducirá gradualmente tan rápido como sea médicamente seguro y luego se interrumpirá para evitar una consecuencia médica adversa, como convulsiones, debido a la retirada rápida del medicamento.
2. Las preguntas sobre este medicamento pueden tratarse con el equipo interdisciplinario, entre ellos el médico. La persona de contacto del personal puede ayudar a hacer las gestiones necesarias.
3. Las preguntas relacionadas con el plan de apoyo conductual o plan de intervención conductual, que correspondan con el uso del medicamento, pueden dirigirse al trabajador social, coordinador de los servicios o psicólogo del cliente.
4. Tengo derecho a solicitar una revisión de mi expediente en cualquier momento, conforme a la § 51.30(4)(d) o § 51.30(5)(b).
5. Tengo derecho legal a presentar una queja si considero que los derechos del cliente han sido indebidamente restringidos. El trabajador social, el coordinador de los servicios o la agencia o centro podrían ser contactados para obtener ayuda.
6. Mi consentimiento permite que se cambie la dosis dentro del **intervalo de dosis prevista** sin firmar otro consentimiento.
7. Entiendo los motivos para el uso del medicamento, sus posibles riesgos y beneficios, otro tratamiento(s) alternativo(s), y las posibles consecuencias que pueden ocurrir si no se administra el medicamento propuesto. Me han dado el tiempo adecuado para estudiar la información y determinar que la información sea específica, precisa y completa.
8. El consentimiento para este medicamento es para un periodo de vigencia inmediata y no excederá los quince (15) meses a partir de la fecha de mi firma. El equipo interdisciplinario revisará la necesidad y el uso continuo de este medicamento al menos trimestralmente. El objetivo, en nombre del cliente, será conseguir y mantener al cliente en la dosis mínima efectiva.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMAS** | **FECHA DE LA FIRMA** |
| Cliente: Si se presume competente para dar consentimiento / padre o madre del menor / tutor (POA-HC) | Relación con el cliente [ ]  Yo mismo[ ]  Padre o madre [ ]  Tutor (POA-HC) |  |
| Personal presente en el debate oral | Titulo |  |
| Comentarios del cliente / padre o madre del menor / tutor (POA-HC)  |
| **Como el padre o madre del menor o como tutor (POA-HC) no estaba disponible para firmar, la persona fue informada verbalmente sobre la información en este consentimiento.**  |
| **Consentimiento verbal** |
| Obtenido por: Nombre del miembro del personal (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE) | Fecha obtenida | Consentimiento por escrito recibido[ ]  Sí [ ]  No |
| Obtenido por: Nombre del padre o madre / tutor (POA-HC) (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE) | Fecha de vencimiento | Fecha recibida  |