

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOS INFORMED CONSENT FOR MEDICATION

La 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:

1. 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.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambios en el entorno o el personal | <input type="checkbox"/> Tratamientos o terapias de rehabilitación (OT, PT, AT) |
| <input type="checkbox"/> Reorientación positiva e interacción con el personal | <input type="checkbox"/> Programas y enfoques de tratamiento (habilitación) |
| <input type="checkbox"/> Terapia individual o en grupo | <input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso de reclusión o restricción | <input type="checkbox"/> Limitación en las actividades recreativas y de ocio |
| <input type="checkbox"/> Limitación del acceso a las posesiones | <input type="checkbox"/> Intervención de las fuerzas del orden |
| <input type="checkbox"/> Limitación de las libertades personales | <input type="checkbox"/> Riesgo de daño a si mismo o a otros |
| <input type="checkbox"/> 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.

Iniciales del cliente _____ Fecha _____

4. 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 <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor (POA-HC)	
Personal presente en el debate oral	Título	

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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Obtenido por: Nombre del padre o madre / tutor (POA-HC) (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)	Fecha de vencimiento	Fecha recibida