

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACIÓN INFORMED CONSENT FOR MEDICATION

Completar este formulario es voluntario. Si no se completa, el medicamento no puede ser administrado sin una orden judicial salvo en caso de emergencia. Este consentimiento se mantendrá en el expediente del cliente y es accesible a los usuarios autorizados.

Nombre – Paciente / Cliente (Apellido, Nombre Inicial)	Número de Identificación (ID)	Unidad donde vive	Fecha de Nacimiento
Nombre – Persona Preparando este Formulario	Nombre – Contacto de Personal	Nombre / Número de Teléfono – Institución	

CATEGORIA DEL MEDICAMENTO	MEDICAMENTO	INTERVALO DE DOSIFICACIÓN TOTAL DIARIA RECOMENDADA	INTERVALO DE DOSIFICACIÓN ANTICIPADA
	( )		

El intervalo de dosificación anticipada debe ser individualizado, puede ser por encima o por debajo del intervalo recomendado pero no se administrará ningún medicamento sin su consentimiento informado y por escrito.

Intervalo de dosificación total diaria recomendada del fabricante, como se indica en *Physician's Desk Reference* (PDR) u otra norma de referencia.

Este medicamento será administrado  Por la boca  Por inyección  Otra – Especifique:

**1. Razón para el uso de medicamentos psicotrópicos y los beneficios que se esperan (note si es un uso 'Fuera de la Etiqueta')**  
Incluir el diagnóstico de DSM-5 o el diagnóstico de "hipótesis de trabajo".

**2. Modo(s) alternativo(s) de tratamiento que no sea O además de medicamentos incluye**

Nota: Algunos de estos aplicarían sólo en un entorno de pacientes hospitalizados.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cambios del medio ambiente y/o del personal          | <input type="checkbox"/> Tratamientos/terapias de rehabilitación (OT, PT, AT) |
| <input type="checkbox"/> Reorientación positiva y la interacción del personal | <input type="checkbox"/> Programas y enfoques de Tratamiento (habilitación)   |
| <input type="checkbox"/> Terapia individual y/o en grupo                      | <input type="checkbox"/> Uso de técnicas de intervención del comportamiento   |

Otras Alternativas:

**3. Las consecuencias probables de NO recibir el medicamento propuesto son**

Deterioro en  Actividades de Trabajo  Relaciones Familiares  Funcionamiento Social

**Posible aumento en los síntomas que conlleven a posible**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uso de reclusión o restricción                       | <input type="checkbox"/> Límites en las actividades de recreación y ocio |
| <input type="checkbox"/> Límites al acceso de posesiones                      | <input type="checkbox"/> Intervención de las autoridades policiales      |
| <input type="checkbox"/> Límites de libertades personales                     | <input type="checkbox"/> Riesgo de daño a si mismo u a otros             |
| <input type="checkbox"/> Límite de participación en tratamiento y actividades |  |

Otras Consecuencias:

**Nota:** Estas consecuencias pueden variar dependiendo de si la persona se encuentra en un entorno hospitalario o no. Es también posible que en situaciones excepcionales, sucedan pocas o ninguna de las consecuencias adversas si los medicamentos no son administrados.

Client Initial \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

4. Los posibles efectos secundarios, advertencias y precauciones asociados con este medicamento se indican a continuación. Esta lista no incluye todo pero representa los artículos de posible importancia clínica para usted. Para más información sobre este medicamento, puede consultar más a fondo con su médico o hacer referencia a un texto estándar como el PDR. Como parte del seguimiento de algunos de estos posibles efectos secundarios, su médico pueda que ordene pruebas de laboratorios al igual que otras pruebas. El equipo a cargo del tratamiento seguirá bien de cerca a las personas que no puedan comunicar con facilidad los efectos secundarios a fin de mejorar el cuidado y el tratamiento.

Continuación – Posibles efectos secundarios, advertencias y precauciones asociados con este medicamento.

**Efectos Secundarios más Comunes**

**Efectos Secundarios menos Comunes**

**Efectos Secundarios poco Comunes**

**Precaución**

**Advertencia**

**Nota sobre el Síndrome**

Ver el PDR o US Hospital Formulary Service para una lista que incluya todo los efectos secundarios.

**Por medio de mi firma a continuación, DOY permiso para el uso del medicamento nombrado en la página 1 y el intervalo de dosificación anticipado. Mi firma también indica que entiendo lo siguiente:**

1. Puedo negarme a dar mi consentimiento o retirar mi consentimiento en cualquier momento por medio a una notificación por escrito dirigida al director o persona designada. Esto no afectará mi derecho a cambiar de parecer más tarde. Si retiro mi consentimiento tras el inicio de una medicación, estoy al tanto de que la medicación no puede ser suspendida de inmediato. Más bien será suspendida gradualmente tan rápido como se considere médicamente seguro y luego suspendida para evitar una consecuencia médica adversa, tales como convulsiones, debido a la suspensión rápida de la medicación.
2. Las preguntas relacionadas con este medicamento pueden ser discutidas con el Equipo Interdisciplinario, entre ellos el médico. El contacto de personal puede ayudar a hacer los arreglos necesarios.
3. Las preguntas relacionadas con el plan de apoyo del comportamiento o plan de intervención del comportamiento, que correspondan con el uso del medicamento, pueden ser dirigidas al trabajador(a) social, director del caso 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 a presentar una queja si siento que los derechos del cliente han sido restringidos indebidamente. El trabajador(a) social, el director del caso o la agencia/facilidad podrían ser contactados para asistencia.
6. Mi consentimiento permite que se cambie la dosificación dentro del **intervalo de dosificación anticipada** sin tener que firmar un consentimiento adicional.
7. Entiendo las razones para el uso del medicamento, sus posibles riesgos y beneficios, otro tratamiento(s) alternativo, y las posibles consecuencias, que pueden suceder si el medicamento propuesto no es administrado. Me dieron suficiente tiempo para estudiar la información y saber que la información es específica, precisa, y completa.
8. El consentimiento para este medicamento es para un periodo de vigencia inmediata y no debe exceder quince (15) meses a partir de la fecha de mi firma. La necesidad y el uso continuo de este medicamento serán revisados al menos cada tres meses por el Equipo Interdisciplinario. El objetivo, en nombre del cliente, será llegar y mantener al cliente en una dosificación mínima efectiva.

<b>FIRMAS</b>	<b>FECHA Firmado</b>
Cliente – Si se considera competente para consentir / Padre o Madre del Menor / Tutor (POA-HC)	Relación el Cliente <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor (POA-HC)
Persona Presente en el Debate Oral	Titulo

Comentarios del Cliente / Padre o Madre del Menor / Tutor (POA-HC)

**Como el padre / madre / tutor (POA-HC) no estaba disponible para firmar, él / ella fue informado de forma verbal sobre la información en este consentimiento.**

**Consentimiento Verbal**

Obtenido por – LETRA DE MOLDE – Nombre del Miembro del Personal	Fecha Obtención	Consentimiento por Escrito Recibido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Obtenido por – LETRA DE MOLDE – Padre / Madre / Tutor (POA-HC)	Fecha de Vencimiento	Fecha de Recepción