

(Cada médico responsable por el cuidado continuo de su cliente, debe llenar este formulario por separado.)

INFORMACIÓN REFERENTE AL CONSENTIMIENTO:

El suscrito médico para el cliente mencionado abajo por este medio certifica que él / ella ha proporcionado la siguiente información con respecto a la administración de medicamento psicotrópico para este cliente:

1. La naturaleza de la condición médica del cliente;
2. Las razones por tomar dicho medicamento, inclusive las probabilidades de mejorar o no mejorar sin dicho medicamento, y que el consentimiento, una vez concedido, puede ser retirado en cualquier momento al declarar dicha intención a cualesquiera de los miembros del personal tratante;
3. La disponibilidad de tratamientos alternos razonables, si existieren;
4. El tipo, rango de frecuencia y cantidad (incluyendo el uso de órdenes PRN), método (oral o inyección), y el tiempo que va a durar tomando el medicamento;
5. Los posibles efectos secundarios conocidos de ocurrencia común de estas drogas y los efectos secundarios particulares que probablemente puedan suceder con este cliente en particular;
6. Los posibles efectos secundarios adicionales que les puedan ocurrir a clientes que ingieran dichos medicamentos pasado de tres meses: se le debe advertir al cliente que dichos efectos secundarios pueden incluir movimiento involuntario persistente de la cara o boca y podría, en ocasiones, incluir movimiento similar de manos y pies, y que estos síntomas de discinesia tardía son potencialmente irreversibles y pueden presentarse después de haber discontinuado los medicamentos;
7. Se entregó información impresa de medicamentos al cliente: SÍ NO Si contestó NO, ¿POR QUÉ NO?

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO

COLOQUE FECHA E INICIALES DEL MÉDICO POR CADA FIRMA ADICIONAL DE CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE ABAJO

CONSENTIMIENTO:

El suscrito cliente por este medio reconoce que:

1. He participado plenamente en la discusión y el planeamiento de mi tratamiento médico por medio de los medicamentos psicótropicos actualmente mencionados;
2. Toda la información de arriba referente a la administración de medicamentos psicotrópicos me ha sido explicada plenamente;
3. Entiendo esta información y no tengo más preguntas que hacer en este momento;
4. Entiendo que si tengo preguntas después de haber ingerido este medicamento, tendré la oportunidad de discutir las con mi médico;
5. Entiendo que nada en este artículo le prohíbe a un médico que tome acción adecuada en caso de emergencia;
6. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, diciéndole a un miembro del personal de tratamiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO AL PLAN DE TRATAMIENTO DE MEDICAMENTO Y AL USO DE (dé nombres específicos de medicamentos):

MEDICAMENTOS	FECHA	FIRMA DEL CLIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Condado de San Bernardino

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CONDUCTA

Datos Confidenciales del Paciente

Ver Código 5328 de Bel

NOMBRE:

EXPEDIENTE CLÍNICO NÚM:

FECHA DE NAC:

PROGRAMA: