



Consentimiento Para Medicamentos Psicotrópicos

Informaré a quien me receta si hay alguna posibilidad/intención de que yo/mi hija pueda quedar embarazada o esté amamantando.

5. El alcohol y/u otros drogas ilícitas deben evitarse debido a la alteración de la mente y del proceso de pensamiento, así como interacciones peligrosas que pueden afectar negativamente las acciones que son el objetivo de los medicamentos recetados.
6. Yo/mi hijo/a estoy/está consciente que los medicamentos pueden interferir con la capacidad de conducir vehículos u operar equipo. Yo/mi hijo/a debo/e evitar conducir u operar maquinaria pesada hasta que yo/mi hijo/a sepa cómo afecta el medicamento recetado. Asumo la responsabilidad de mantener mi seguridad/la de mi hijo/a y la seguridad de los demás.
7. Acepto/mi hijo/a acepta tomar el medicamento conforme a lo indicado y especialmente cuando se comiencen a tomar los medicamentos o durante el cambio de dosis, estar al tanto de cualquier efecto adverso inusual. Yo contactaré a quien me receta/receta a mi hijo/a acerca de efectos adversos o al servicio de emergencia 911 si esos efectos adversos se vuelven graves.
8. Descontinuar los medicamentos (especialmente de manera abrupta) puede causar efectos adversos graves. Acepto conversar con quien me receta/receta a mi hijo/a los medicamentos antes de hacerlo, y cumplir las indicaciones médicas acerca de manipular/disminuir los medicamentos, para descontinuar su uso haciéndolo de manera segura.
9. Los medicamentos se seleccionan basándose en las mejores evidencias respaldadas por literaturas clínicas, orientaciones y opiniones de expertos, aun cuando a veces un medicamento en particular podría no estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U. S. Food and Drug Administration) para el uso de la dosis discutida.

RECONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN

Reconozco que los temas indicados arriba se cubrieron en su totalidad y además, se ofrecieron volantes de información médica. He dado mi consentimiento y acepto los riesgos del tratamiento con el medicamento indicado en este formulario. Entiendo además, que tengo derecho a rechazar este medicamento y que no se me pueden administrar a mí/a mi hijo/a sin mi consentimiento. Puedo buscar información adicional, y puedo retirar mi consentimiento al tratamiento con el medicamento indicado arriba en cualquier momento haciéndole saber mi intención a quien me receta/ receta a mi hijo/a. Certifico con mi firma que tengo autoridad legal para firmar este consentimiento y que la relación indicada es válida y legal.

| | | |
|---|--|--------|
| Firma del paciente o padre/madre/tutor legal/custodio: | Relación con el paciente: | Fecha: |
| Consentimiento del menor (si corresponde) | | Fecha: |
| Firma de quien receta: | Sello con el nombre de quien receta (impreso): | Fecha: |
| Testigo de parte del personal (si el paciente acepta pero elige no firmar): | | Fecha: |

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS
 Condado de San Bernardino
 DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
 Información Confidencial Del Paciente
 Veá Código WIC 5328

NOMBRE:
 NÚMERO DE GRÁFICO:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 PROGRAMA:



LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.

Tagalog (Tagalog- Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԷՆ խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-888-743-1478 (TTY (հեռատիպ) 7-1-1)**.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-743-1478 (телефон: 7-1-1)**.



LANGUAGE ASSISTANCE

فارسی (Farsi)

ی‌ن‌ابز تالی هست ، دینک یم وگتفگ ی‌سراف ن‌ابز هب رگا : هجوت
امش ی‌ارب ناگی‌ار تروصب
دیری‌گب سامت **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)** اب .دشاب یم مه‌ارف

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੇ, ਤਾੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ
ਰੈ। **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

مقرب لصتا .ناجمل اب لكل رفاوتت ةيوعلل ةدعاسمل تامدخ نإف ،ةغلل ركذا ثدحتت تنك اذا :ظوحلم
1-888-743-1478 (7-1-1: مكبل او مصلا فتاه مقر)

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)** पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អរ ើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត្នូល
គឺអាចមានសំរា់ ំអរ ើអ្នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ແຈ້ງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)**.