



# Psychotropic Medication Consent

Giấy này cung cấp thông tin về (các) thuốc *hướng thần* được khuyến cáo để hỗ trợ sức khỏe tâm thần của khách hàng. Không được sử dụng hay diễn giải nó để cường bức sử dụng trái với nguyện vọng của khách hàng.

Tên Thuốc	Liều Tối Thiểu Hàng Ngày	Liều Tối Đa Hàng Ngày	Tần suất	Tuyến dùng	Thời lượng

Liệt kê (CÁC) LÝ DO để dùng (các) thuốc bên trên:

## CÁC CHỦ ĐỀ ĐÃ THẢO LUẬN:

- Đã thảo luận về các tác dụng phụ có khả năng và các tác dụng phụ có thể có nếu dùng lâu hơn 3 tháng. Đã đề nghị cung cấp các tờ thông tin thuốc.
- Các phương án điều trị bổ sung và thay thế đã thảo luận, bao gồm khả năng cải thiện hay không cải thiện nếu không dùng (các) thuốc liệt kê bên trên, và được xem là hợp lý cho bệnh trạng của tôi, bao gồm:  
 Tâm lý liệu pháp     Trị liệu nhóm hoặc gia đình     Các thuốc khác     Khác: \_\_\_\_\_
- Những tương tác thuốc có thể xuất hiện với các thuốc và dược phẩm khác. Tôi đồng ý thông báo cho bác sĩ kê toa của tôi/của con tôi về bất kỳ thuốc nào hoặc thay đổi về (các) thuốc, được kê bởi (các) bác sĩ kê toa khác, và về việc sử dụng, hoặc thay đổi trong sử dụng, các thuốc mua tự do hoặc các sản phẩm bổ sung tự nhiên/thảo dược.

PSYCHOTROPIC MEDICATION CONSENT  
San Bernardino County  
DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH  
Confidential Patient Information  
See WIC § 5328

NAME:  
CHART NO.:  
DOB:  
PROGRAM:



# Psychotropic Medication Consent

- Rủi ro tiềm ẩn của thuốc đối với một đứa trẻ chưa sinh hoặc mới sinh đang bú mẹ, và tôi đã thông báo cho bác sĩ kê toa của tôi/của con tôi về việc tôi/con tôi có đang mang thai hoặc cho con bú hay không. Tôi đồng ý thông báo cho bác sĩ kê toa của tôi nếu tôi/con tôi có bất kỳ khả năng/ý định mang thai hoặc cho con bú.
- Phải tránh uống rượu và/hoặc sử dụng ma túy/dược chất phi pháp vì tác dụng làm thay đổi ý thức và tư duy, cũng như những tương tác nguy hiểm có thể ảnh hưởng tiêu cực đến các tác dụng mong muốn của thuốc được kê.
- Tôi/con tôi nhận thức rằng thuốc có thể làm suy giảm khả năng điều khiển xe hoặc vận hành thiết bị. Tôi/con tôi phải tránh điều khiển xe hoặc sử dụng máy móc hạng nặng cho đến khi tôi/con tôi biết (các) thuốc được kê ảnh hưởng thế nào đến tôi/con tôi. Tôi có trách nhiệm đảm bảo sự an toàn của bản thân/con tôi và sự an toàn của người khác.
- Tôi/con tôi đồng ý sử dụng (các) thuốc theo chỉ định và, nhất là khi bắt đầu dùng thuốc hoặc trong khi thay đổi liều lượng, quan sát xem có bất kỳ tác dụng bất thường hoặc tác dụng bất lợi nào hay không. Tôi sẽ liên lạc bác sĩ kê toa của tôi/của con tôi về các tác dụng bất lợi hoặc liên lạc Cấp Cứu/911 nếu các tác dụng bất lợi trở nên nghiêm trọng.
- Việc ngưng dùng thuốc (nhất là khi ngưng đột ngột) có thể gây ra các tác dụng bất lợi nghiêm trọng. Tôi đồng ý thảo luận về việc ngưng dùng thuốc với bác sĩ kê toa của tôi/của con tôi trước khi ngưng, và tuân thủ sự tư vấn y khoa về việc giảm dần/giảm sử dụng thuốc một cách an toàn để ngưng dùng thuốc.
- Các thuốc được chọn là dựa trên bằng chứng tốt nhất được chứng minh bằng y văn, các hướng dẫn, và ý kiến chuyên gia, mặc dù đôi khi một thuốc cụ thể có thể không được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ cho phép đối với (các) trường hợp sử dụng và mức liều lượng đã thảo luận.

## XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý

Tôi xác nhận rằng các chủ đề bên trên đã được bàn kỹ; ngoài việc các tờ thông tin thuốc đã được đề nghị. Tôi đồng ý, và chấp nhận rủi ro của việc điều trị bằng (các) thuốc được cho biết trên giấy này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền từ chối (các) thuốc này và nó/chúng không thể được cho tôi/con tôi dùng nếu không có sự đồng ý của tôi. Tôi có thể tìm thêm thông tin vào bất kỳ lúc nào tôi muốn, và tôi có thể rút lại sự đồng ý đối với việc điều trị bằng (các) thuốc bên trên vào bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo ý định của tôi cho bác sĩ kê toa của tôi/của con tôi. Tôi xác nhận bằng chữ ký của mình rằng tôi có thẩm quyền hợp pháp để ký giấy đồng ý này và mối quan hệ được ghi là hợp lệ và hợp pháp.

Chữ Ký của Khách Hàng hoặc Cha Mẹ/Người Giám Hộ/Người Bảo Hộ:	Quan Hệ với Khách Hàng:	Ngày:
Sự Đồng Ý của Trẻ Vị Thành Niên (Nếu Phù Hợp)		Ngày:
Chữ Ký của Bác Sĩ Kê Toa:	Đóng Dấu Tên của Bác Sĩ Kê Toa (Viết In):	Ngày:
Nhân Viên Làm Chứng (nếu bệnh nhân đồng ý nhưng không muốn ký tên):		Ngày:

PSYCHOTROPIC MEDICATION CONSENT  
 San Bernardino County  
 DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH  
 Confidential Patient Information  
 See WIC § 5328

NAME:  
 CHART NO.:  
 DOB:  
 PROGRAM:



## 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)

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե 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)**.