

PM FORM 3.15.1

Consentimiento Informado para Tratamiento con Medicamentos Psicotrópicos

Yo he discutido la siguiente información con mi doctor para cada uno de los medicamentos enlistados abajo:

- El diagnóstico y síntomas para el medicamento recomendado;
- Los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento y si es aplicable todos los procedimientos disponibles y/o involucrados en el tratamiento recomendado;
- Los posibles riesgos y efectos secundarios;
- Las posibles alternativas;
- Los posibles resultados si no se toma el tratamiento recomendado;
- La posibilidad de que mi dosis de medicamento puede ser ajustada al paso del tiempo consultando a mi doctor;
- Mi derecho a participar activamente en mi tratamiento discutiendo inquietudes o preguntas sobre mi tratamiento con mi doctor; y
- Mi derecho a retirar mi consentimiento voluntario para medicamentos en cualquier momento (a menos de que el uso de medicamentos en mi tratamiento sea exigido por una Orden de Corte o sean parte de un Plan Especial de Tratamiento).

Yo entiendo la información que he recibido sobre los medicamentos. Al firmar abajo estoy de acuerdo con el uso de cada medicamento.

Medicamento	Síntomas para ser discutidos*	Como han sido discutidos**	Persona/Tutor*** Iniciales & fecha	Doctor Iniciales & fecha
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Tele-medicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Fecha: _____

Nombre escrito de Persona/Tutor

Firma

Iniciales

Nombre escrito del/a Doctor/a

Firma

Iniciales

Nombre escrito del/a Doctor/a

Firma

Iniciales

* Síntomas se refieren a los síntomas específicos asociados con el diagnóstico, tales como lagrimas, alucinaciones, insomnia. Enliste los síntomas en vez del diagnóstico.

** "Previamente" indica que el medicamento ha sido discutido en cita previa o con otro doctor (hospital, otra clínica, etc.) y usted verifica que la persona sigue estando de acuerdo con estos medicamentos en el tratamiento.

*** Asegura la forma del consentimiento informado con la firma del paciente original localizado en el expediente del paciente. Si el consentimiento es obtenido por teléfono o por tele-medicina el individuo puede firmar y poner fecha en la siguiente visita que tenga cara a cara.