

## 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.