

He hablado con el psiquiatra o enfermera especializada, _____, quien recomendó que yo/ mi hijo(a) recibiera medicamentos en el tratamiento de los síntomas de _____

También hemos hablado acerca alternativas razonables, tales como:

Sin alternativas razonables hasta el momento. El/los tipo(s) de medicamentos recetados se detallan a continuación:

Medicamento(s)	Tipo Antidepresivo, Ansiolítico, estabilizadores del estado de ánimo, Anti-psicótico, Otro	Dosis (incluyendo PRN)	Frecuencia	Vía (Oral/ Inyección)	Duración
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Entiendo la(s) dosis y cuándo tomar el/los medicamento(s) y que cualquier cambio en la dosis del medicamento y/o en su frecuencia durante el curso de tratamiento será discutida conmigo.

Se me ha informado de algunos posibles efectos colaterales, que incluyen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rigidez/temblor muscular | <input type="checkbox"/> Somnolencia | <input type="checkbox"/> Boca seca/vista borrosa/estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/cambios de apetito | <input type="checkbox"/> Problemas Sexuales | <input type="checkbox"/> Problemas de embarazo |
| <input type="checkbox"/> Interacciones con otras drogas, alimentos y condiciones de salud | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |

Entiendo que estos son efectos colaterales comunes y que puede haber otros menos frecuentes. También comprendo que debo informar de inmediato a mi psicólogo o enfermera especialista respecto a los cambios en mi condición (p.ej.: mareos, sedación severa, urticaria), si me embarazo y/o todo nuevo medicamento que se me sea recetado/ o tomar para otros padecimientos.

Además de los efectos colaterales antes mencionados, entiendo que podría haber efectos adicionales a largo plazo (a los 3 meses) tales como: Ninguno de los antes enumerados

Describa los efectos colaterales a largo plazo diferentes a los antes descritos _____

Entiendo que, con algunos anti-psicóticos, hay un posible efecto colateral, *tardive dyskinesia*, la cual puede ocasionar movimientos involuntarios de lengua, rostro, cuello, extremidades o torso y puede persistir incluso después de suspender los medicamentos.

Entiendo que depende de mí la decisión de tomar el medicamento, pero que primero debo discutir con mi psiquiatra/ enfermera especializada cualquier decisión para interrumpir los medicamentos.

Entiendo que mi psiquiatra/ enfermera especializada cree que este medicamento me ayudará, pero que no hay ninguna garantía de que funcione.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO SE ME HA LEÍDO ESTE FORMULARIO

ESTE FORMULARIO ME FUE INTERPRETADO EN _____.

En caso de que una versión traducida de este Formulario haya sido firmada por el cliente y/o adulto responsable, la versión traducida deberá anexarse a la versión en inglés.

SE ME HA EXPLICADO LA INFORMACIÓN EN EL FORMULARIO Y ACEPTO TOMAR EL/LOS MEDICAMENTO(S) DE ACUERDO A LA RECETA. ENTIENDO QUE PUEDO RETIRAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

Firma: _____ **Firma:** _____
(Cliente) (Padre/ Tutor Legal/ Albacea)

HE EXPLICADO LOS BENEFICIOS, EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS DE LOS MEDICAMENTOS ANTES ENUMERADOS Y HE OBTENIDO LA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE/ ADULTO RESPONSABLE.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Psiquiatra o Enfermera Especializada y Nombre de su disciplina)

<p>Esta información confidencial se les proporciona de acuerdo a las regulaciones aplicables Estatales y Federales, que incluyen, pero no se limitan a, el código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las Normativas HIPAA de Privacidad. La reproducción de esta información para su divulgación posterior queda prohibida si no se cuenta con la autorización previa por escrito de parte del cliente/ representante autorizado que corresponda a menos que la ley lo permita de otra manera. Es obligatoria la destrucción de esta información después de que el propósito establecido en la solicitud original haya sido alcanzado.</p>	Nombre:	#ID DMH:
	Agencia:	#Proveedor:
Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental		