



Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles — Consentimiento para la medicación

Medicamentos actuales

Medicamentos actuales recetados o comentados:

Consentimiento informado y declaraciones

Revise y marque todas las declaraciones aplicables que figuran a continuación:

- ☐ **Motivos de la medicación:** Los motivos para tomar los medicamentos, incluida la probabilidad de mejorar, o no, sin ellos, se han comentado con el paciente o su representante legal y están documentados en el historial clínico.
- ☐ **Dosis, frecuencia y administración:** La dosis, la frecuencia, el método de administración y la duración del tratamiento farmacológico se ha hablado con el paciente o su representante legal. Cualquier cambio durante el tratamiento se comentará con el paciente o su representante legal.
- ☐ **Alternativas terapéuticas:** Se han comentado con el paciente o su representante legal las alternativas razonables, si las hubiera.
- ☐ **Aviso sobre efectos secundarios y discinesia tardía:** Se le ha informado al paciente o a su representante legal de los posibles efectos secundarios, incluidos aquellos que pueden aparecer tras 3 meses y, si corresponde, se le ha notificado que algunos antipsicóticos pueden provocar como efecto secundario la discinesia tardía (movimientos involuntarios de la lengua, la cara, el cuello, las extremidades o el torso que pueden persistir tras suspender la medicación).
- ☐ **Notificación por escrito ofrecida:** Se le ha ofrecido al paciente o a su representante legal una notificación por escrito (p. ej., el folleto de Ordenar Conectar) sobre el medicamento y sus efectos secundarios.
- ☐ **Responsabilidades del cliente y notificación de cambios:** Se le informó al cliente o a su representante legal de que debía comunicar sin demora al profesional sanitario responsable cualquier cambio en su estado (p. ej., mareos, sedación grave, erupciones cutáneas), embarazo, decisión de suspender la medicación o cualquier nuevo medicamento recetado o de venta libre.
- ☐ **Consentimiento voluntario y revocación:** Se le ha informado al cliente o a su representante legal de que puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

Poblaciones especiales/Otros comentarios

Si corresponde, indique si se ha completado el formulario JV 220 y se ha incluido en el historial clínico:

Esta información confidencial se le facilita de conformidad con las leyes y las normativas estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las normas de privacidad de la HIPAA. Queda prohibida la reproducción de esta información con fines de divulgación posterior sin la autorización previa por escrito del cliente o del representante autorizado al que se refiera, salvo que la ley permita lo contrario. Se exige la destrucción de esta información una vez cumplido el propósito indicado en la solicitud original.

Nombre: _____ N.º de identificación: _____

Agencia: _____ N.º de proveedor: _____

Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental

☐ Completado en el historial clínico JV-223 Fecha de la receta: _____

Otros comentarios sobre el consentimiento para la medicación:

Declaraciones y firmas

Información facilitada en: _____ (idioma)

Firma del cliente/representante legal*:

Nombre completo:

Fecha:

Firma del médico/enfermero especializado:

Nombre completo y N.º de
licencia:

Fecha:

Consentimiento verbal/Estado de la copia del formulario:

* El cliente o su representante legal no puede firmar, pero ha dado su consentimiento verbal: ☐ Sí ☐ No

* Se le ha ofrecido una copia de este formulario al cliente o a su representante legal: ☐ Sí ☐ No

Esta información confidencial se le facilita de conformidad con las leyes y las normativas estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las normas de privacidad de la HIPAA. Queda prohibida la reproducción de esta información con fines de divulgación posterior sin la autorización previa por escrito del cliente o del representante autorizado al que se refiera, salvo que la ley permita lo contrario. Se exige la destrucción de esta información una vez cumplido el propósito indicado en la solicitud original.

Nombre: _____ N.º de identificación: _____

Agencia: _____ N.º de proveedor: _____

Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental