

Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTO

Su medico de cabecera/enfermera practicante ha recomendado que se le administre los siguientes medicamentos:

CLASE TERAPEUTICA:

- Antipsicótico Antidepresivo Estabilizador de Humor Ansiolítico Hipnóticos Estimulante
 Anticolinérgicos
 Medicamentos del Tratamiento de Asistencia Medica Otro

- Buprenorfina con o sin Naloxona
 Naltrexona
 Vivitrol
 Antabuse

**Haga clic en el enlace de CURAS (ABAJO), si usted selecciono cualquier opción de arriba:
Ansiolíticos, Hipnóticos, o Estimulante.**

Otro: _____

Usted da consentimiento a los siguientes medicamentos:

Favor de escribir a continuación los medicamentos (nombre, dosis, y rango de dosis de la FDA)

- Sera administrado Oral Inyección Transdérmico (parche) Intranasalmente
 Sublingual (bajo la lengua)

(Puede ajustarse las veces por día mas o menos como sea necesario o clínicamente indicado)

Duración inicial de tratamiento es: _____ meses y podrá continuarse si es clínicamente indicado o si así lo desea el paciente. Se podrá requerir monitorear exámenes de laboratorio/niveles de sangre periódicamente.

Medicamento seleccionado se administrará para **uso fuera de etiqueta:**

Indicación para uso fuera de etiqueta:

Indicación para uso fuera de etiqueta:

Medicamento:

Limite Aprobado por la FDA:

Dosis Prescrita:

Justificación por uso sobre el limite aprobado por el FDA:

EFFECTOS SECUNDARIOS:

Todo medicamento puede ocasionar efectos no deseados al igual que deseados. Muchos efectos secundarios son leves. Si acaso ocurre un efecto secundario, se quitará por completo o se reducirá durante el tratamiento. Ciertos efectos secundarios son mas comunes con algunos medicamentos y menos frecuentes con otros. Los efectos secundarios usualmente dependen de la dosis (mas efectos secundarios con una dosis mas alta, menos con una dosis mas alta, menos con una dosis menor). Si usted experimenta un efecto secundario inusual o angustioso, o cree que ya no puede continuar tomando su medicamento, favor de reportarlo a su proveedor o a un miembro de su equipo de tratamiento de salud mental lo mas pronto posible.

Encontrara una lista mas detallada sobre efectos secundarios que yo le proveeré.

Su firma confirma su reconocimiento

1. Que ha leído o le han leído, y está de acuerdo en lo mencionado arriba
2. Que los medicamentos listados arriba han sido adecuadamente explicados y/o discutido con usted por su recetador, y que usted ha recibido toda la información que desea sobre ese medicamento y tratamiento; y
3. Que usted autoriza y da consentimiento al recetador y administración de ese medicamento y tratamiento.

Usted reconoce que ha leído o le han leído la descripción del medicamento que le ha recetado su recetador. Ha tenido la oportunidad de que le contesten sus preguntas. Esta consiente de sus beneficios, efectos secundarios y alternativos a la terapia recetada y da consentimiento para tomar este medicamento.

Comprende que su nombre será revisado y/o agregado ala base de datos electrónica del Sistema de Evaluación y Revisión de Utilización de Sustancias Controladas (por sus siglas en Ingles) que es mantenida por el Departamento de Justicia si se le ha prescrito cualquier sustancia controlada listada como Etapa II, Etapa III, Etapa IV.

- Comprende que si de repente para su tratamiento de medicamento, puede tener síntomas adversos, como cambios de humor negativos por abstinencia
- Comprende que si usted mismo se administra Buprenorfina/Suboxone, puede tener síntomas de abstinencia precipitados y esto se le ha explicado a usted por su recetador y miembros del equipo de tratamiento
- Comprende que si usted mismo se administra Naloxona y recientemente ha tomado un opiáceo, usted podrá tener síntomas de abstinencia
- Comprende que si bebe alcohol mientras toma Antabuse/Disulfiram, usted podrá tener síntomas adversos

Comprende que tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento avisándole a cualquier miembro del personal de tratamiento excepto si usted esta conservado bajo LPS Conservatorship o esta ordenado por la Corte a tomar medicamento psicotrópico.

- Se le ofreció una copia de este consentimiento al paciente

Recibido Rechazado

Name:
Type: BH Informed Consent SPANISH

Case#:

Page: 3 of 4
Date:

Se le proveo material educacional al paciente el cual explica este medicamento al paciente y/o padre/persona responsable legalmente

Recibido Rechazado

Discutí la siguiente información sobre este medicamento con el legalmente en una manera la cual el/ella comprende: paciente y/o padre/persona responsable

1. Las razones por recetar el medicamento (incluyendo la enfermedad/condición la cual se esta tratando)
2. El propósito y resultados esperados por este medicamento
3. Los posibles efectos secundarios del medicamento
4. Posibles efectos secundarios adicionales que pueden ocurrir si se toma por mas de tres (3) meses
5. El tipo, frecuencia y dosis del medicamento, incluyendo el termino de tiempo que se debe tomar el medicamento
6. Tratamientos alternativos y/o medicamentos (incluyendo no tratamiento y sus consecuencias)
7. La posibilidad de necesitar exámenes de laboratorio inicialmente/periódicamente y consultas medicas con el medico de cabecera del paciente
8. He marcado el sistema y/o revisado la información del paciente como requiere la ley.
9. He proveído al paciente una copia del consentimiento de medicamento e información escrita sobre el medicamento como se me ha requerido.

Name:
Type: BH Informed Consent SPANISH

Case#:

Page: 4 of 4
Date:

Signatures

Signature

Signature Line Heading

Printed Name

Date

Client

Rep./Legally Resp. Person

MD/DO/NP