

## FORMA PM 3.15.1

### Consentimiento Informado para Tratamiento con Medicamentos Psicotrópicos

[Enlace para la versión en inglés](#)

Yo he discutido la siguiente información con el profesional médico en salud mental para cada uno de los medicamentos enlistados abajo:

- El *diagnóstico y síntomas definidos* 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 propuesto;
- Los posibles *riesgos y efectos secundarios*; incluyendo riesgos con medicamentos para mujeres embarazadas o que estén en periodo de lactancia
- Las posibles *alternativas*;
- Los posibles *resultados si no se toman los medicamentos recomendados*;
- La posibilidad de que mi *dosis de medicamento puede necesitar ser ajustada* al paso del tiempo, consultando a mi practicante médico de salud mental;
- Mi derecho de *participar activamente en mi tratamiento* discutiendo inquietudes o preguntas sobre mis medicamentos con el profesional de salud mental ; y
- Mi derecho a *retractarme sobre mi consentimiento voluntario* para medicamentos en cualquier momento (a menos que el uso de medicamentos en mi tratamiento sea exigido por una Orden de La Corte o sean parte de un Plan Especial de Tratamiento), y
- Para personas menores de 18 años, el estatus en la FDA (por sus siglas en Inglés) y el nivel de evidencia soporte los medicamentos recomendados

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

#### Cómo se discutió\*\*

Medicamentos		<input type="checkbox"/> En persona	Iniciales Persona/tutor***		Iniciales profesional en salud mental	
		<input type="checkbox"/> Por teléfono				
		<input type="checkbox"/> Tele-medicina	fecha		Fecha	
		<input type="checkbox"/> Previamente				

Sintomas para ser discutidos\*

#### Cómo se discutió\*\*

Medicamentos		<input type="checkbox"/> En persona	Iniciales Persona/tutor***		Iniciales profesional en salud mental	
		<input type="checkbox"/> Por teléfono				
		<input type="checkbox"/> Tele-medicina	fecha		Fecha	
		<input type="checkbox"/> Previamente				

Sintomas para ser discutidos\*

#### Cómo se discutió\*\*

Medicamentos		<input type="checkbox"/> En persona	Iniciales Persona/tutor***		Iniciales profesional en salud mental	
		<input type="checkbox"/> Por teléfono				
		<input type="checkbox"/> Tele-medicina	fecha		Fecha	
		<input type="checkbox"/> Previamente				

Sintomas para ser discutidos\*

#### Cómo se discutió\*\*

Medicamentos		<input type="checkbox"/> En persona	Iniciales Persona/tutor***		Iniciales profesional en salud mental	
		<input type="checkbox"/> Por teléfono				
		<input type="checkbox"/> Tele-medicina	fecha		Fecha	
		<input type="checkbox"/> Previamente				

Sintomas para ser discutidos\*

Nombre de la persona/ Tutor		Firma		Iniciales	
Especialista clínico que obtuvo el consentimiento		Firma		Iniciales	

\* Síntomas se refieren a los síntomas definidos específicos asociados con el diagnóstico, tales como estar lloroso o emotivo, presentar alucinaciones o insomnio. Enliste los síntomas definidos en vez de solo seleccionar el diagnóstico.

\*\* "Previamente" indica que el medicamento ha sido discutido anteriormente en un lugar como (hospital, otra clínica, etc.) o con otro profesional de salud mental y usted verifica que la persona sigue estando de acuerdo en dar su autorización para el uso de estos medicamentos durante su tratamiento.

\*\*\* Asegura que el formulario del consentimiento informado con la firma original del paciente esté ubicado en el expediente del paciente. Si el consentimiento es obtenido por teléfono o a través de tele-medicina la persona puede poner sus iniciales y poner la fecha en la siguiente visita personalizada

Ultima Revision: 01/12/2010  
Fecha efectiva: 03/01/2010

Nombre de la persona

Person's ID#