Cliente:       #Caso:       Programa:

|  |
| --- |
| DERECHOS DEL CLIENTEUsted tiene el derecho de mantenerse informado en relación con su cuidado y de hacer preguntas. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier parte de todo su plan de cuidado.Usted tiene el derecho de terminar su autorización de forma verbal o escrita ante cualquier miembro del equipo en cualquier momento.Usted tiene el derecho a recibir servicios de idiomas/interpretación. *¿Solicitó servicios?* [ ] SÍ [ ] NOUsted tiene el derecho a recibir una copia de este consentimiento: *¿Solicitó una copia?* [ ] SÍ [ ] NO**Tratamiento de emergencia** *(Una emergencia es una acción temporal, un cambio importante repentino que requiere de una acción para conservar la vida o evitar daños corporales graves al cliente o a otros)*: En ciertas emergencias, se le podrían dar ciertos medicamentos cuando no es posible obtener su consentimiento. Sin embargo, una vez que pase la emergencia, será necesaria una declaración de consentimiento informado. |
| **El personal médico discutirá con usted sobre la siguiente información:** |
| Su condición o diagnóstico.Síntomas que el medicamento espera reducir y que tan eficaz se espera que sea el medicamento.Probabilidad de que mejore sin medicamento.Explicar la disponibilidad o falta de otros tratamientos razonables.Tipo, dosis, frecuencia, vía de administración y duración esperada de uso del medicamento.Efectos secundarios leves comunes al igual que raros, y efectos secundarios posiblemente más graves que pueden tardar en presentarse, y riesgos para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.Si está tomando medicamento antipsicótico, entonces se le dará información sobre un posible efecto secundario denominado discinesia tardía.Esta se caracteriza por movimientos involuntarios de la cara, la boca y/o las manos y pies. Estos síntomas son potencialmente irreversibles y pueden aparecer después de descontinuar el uso del medicamento.¿Se explicó la información de arriba al cliente? [ ] SÍ [ ] NO Si marcó no, documentar la razón.      |
| **El personal médico les está recetando el(los) siguiente(s) medicamento(s) psicotrópicos a usted:** |
| **Medicamento (nombre)** | **Rango de dosis (cuánto)** | **Tipo****(Clase de medicamento)** | **Frecuencia (con qué frecuencia)** | **Duración (por cuánto tiempo)**  | **Oral (por la boca) o** **Por inyección (por el personal médico)** |
|       |       |       |       |       | **[ ]** Oral **[ ]** Inyección |
|       |       |       |       |       | **[ ]** Oral **[ ]** Inyección |
|       |       |       |       |       | **[ ]** Oral **[ ]** Inyección  |
|       |       |       |       |       | **[ ]** Oral **[ ]** Inyección |
|       |       |       |       |       | **[ ]** Oral **[ ]** Inyección  |
| Se le ha ofrecido al cliente una hoja de información para todos los medicamentos. **[ ]** SÍ **[ ]** NO**Si marcó no, documentar la razón.**       |

|  |
| --- |
| **Consentimiento del cliente****Con base en la información que leí, platiqué y/o analicé con mi personal médico:** (Marcar una)[ ]  Yo entiendo y doy consentimiento/aprobación para tomar el(los) medicamento(s) psicotrópicos de la página uno.[ ]  Yo doy consentimiento verbal, pero prefiero no firmar el formulario.[ ]  Yo prefiero no tomar los medicamentos psicotrópicos en este momento. Yo entiendo que mis proveedores de tratamiento continuaran educándome y ofreciéndome el tratamiento.  Cliente/Rep. Legal/Firma del Tutor Fecha |
| Declaración del personal médicoYo he revisado, discutido y recomendado el plan de medicamentos (pág. 1) para el cliente anterior y:[ ]  El cliente da su consentimiento para tomar estos medicamentos.[ ]  El cliente da su consentimiento verbal, pero prefiere (o no es capaz) de firmar.[ ]  El cliente carece de capacidad para proporcionar un consentimiento informado. El representante legal proporciona consentimiento/aprobación y/o se ha obtenido *Riese Authority*.[ ]  El cliente prefiere no tomar medicamento psicotrópico en este momento, pero entiende que el tratamiento continuara ofreciéndose. [ ]  Emergencia. Se le dio medicamento al cliente sin su consentimiento.[ ]  Otros comentarios:                  Firma y licencia del personal médico Fecha     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre impreso y licencia del personal médico            Firma del testigo (si corresponde): Fecha |