



“CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION: See California Welfare and Institutions Code Section 5328”

CONSENTIMIENTO DE MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA **DOB:** _____

Nombre del Cliente _____ **Número de MRN** _____

Yo entiendo que he tratado el tema con mi médico acerca de los medicamentos psiquiátricos para mi (o para mi hijo/a) detallados en esta forma, las razones por las cuales se me han recetado y otras alternativas al uso de medicamentos.

LAS RAZONES, diagnósticos, síntomas y comportamientos por los cuales se ha recetado el medicamento (s) son:

***Todos los efectos secundarios descritos a continuación pueden ocurrir en el corto o largo término (> 3 meses) de tratamiento. Se detallan los efectos secundarios más frecuentes, pero no todos los efectos secundarios posibles están descritos o previstos. Siempre es importante informar a su médico tan pronto como un efecto secundario ocurra.**

Efectos Secundarios Probables que pueden ocurrir con cualquier medicamento: reacción alérgica, náusea, vómito, dolor de cabeza, mareo, fatiga, boca seca, estreñimiento, diarrea, cambio de peso, alteración del sueño y del estado de alerta, trastornos de movimiento, disfunción sexual, defectos de nacimiento, y **cuando el medicamento se ha usado por más de 3 meses:** osteoporosis, discinesia tardía, disfunción hepática o renal, trastornos de la sangre; y los descritos a continuación que están asociados a una clase específica de medicamentos:

Antipsicóticos (nombre, dosis diaria min/max, rango de frecuencia, ruta, duración)

Efectos secundarios adicionales que son posibles: síndrome neuroléptico maligno (fiebre alta, rigidez, delirio, colapso circulatorio y respiratorio), convulsiones, ritmo cardíaco irregular, mayor riesgo de infarto cerebral y muerte en las personas de edad que sufren de demencia; **tratamiento >3 meses:** diabetes, síndrome metabólico, disminución de las células sanguíneas, **discinesia tardía (movimientos involuntarios de la cabeza, cuello, extremidades que puede ser irreversible y que puede aparecer después de que se han discontinuado los medicamentos)**. Otros efectos secundarios (especificar si ocurren después de >3 meses de tratamiento): _____

Antidepresivos (nombre, dosis diaria min/max, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Efectos secundarios adicionales que son posibles: visión borrosa, retención urinaria, convulsiones, desregulación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco irregular, cambios de humor, **irritabilidad, violencia, pensamientos y comportamiento suicida (especialmente en jóvenes); tratamiento >3 meses:** disfunción sexual, síndrome metabólico, discinesia tardía. Otros efectos secundarios (especificar si ocurren después de >3 meses de tratamiento): _____

_____ (iniciales del cliente/representante legal)

Ansiolíticos/Hipnóticos (nombre, dosis diaria min/max, rango de frecuencia, ruta, duración)

Efectos secundarios adicionales que son posibles: problemas de concentración, confusión, torpeza, falta de inhibición, efecto sinérgico adverso con el alcohol y otras drogas, incluyendo analgésicos opioides; **tratamiento >3 meses:** tolerancia/dependencia, adicción. Otros efectos secundarios (especificar si ocurren después >3 meses de tratamiento): _____

Estabilizadores del Estado de Ánimo (nombre, dosis diaria min/max, rango de frecuencia, ruta, duración)

Efectos secundarios adicionales que son posibles: sarpullido grave/ampolla de la mucosa, potencialmente mortal, confusión, disfunción hepática/pancreática, disminución de las células sanguíneas, defectos de nacimiento; **tratamiento >3 meses:** hiponatremia, problemas ováricos (ácido valproico). Otros efectos secundarios (especificar si ocurren después de >3 meses de tratamiento)

Litio (dosis diaria, rango de frecuencia, ruta, duración)

Efectos secundarios adicionales que son posibles: sed, aumento de la micción, temblores, defectos de nacimiento; **tratamiento >3 meses:** acné, trastorno de la tiroides, insuficiencia renal. Otros efectos secundarios (especificar si ocurren después de >3 meses de tratamiento): _____

Medicamentos para el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (nombre, dosis diaria min/max, rango de frecuencia, ruta, duración)

Efectos secundarios adicionales que son posibles: disminución del apetito/crecimiento, inquietud, desregulación de la presión sanguínea/ritmo cardíaco. **Atomoxetine:** lesión hepática rara con posible ictericia, dolor abdominal, orina oscura, síntomas parecidos a los de gripe. **Estimulantes:** psicosis, ideas suicidas, agresividad, muerte inexplicable repentina, primordialmente relacionada a anomalías estructurales de tipo cardíaco (que no han sido detectadas); tratamiento >3 meses: tolerancia/dependencia, adicción. Otros efectos secundarios (especificar si ocurren después de 3 meses de tratamiento): _____

Medicamentos para la enfermedad de Parkinson (nombre, dosis diaria min/max, rango de frecuencia, ruta, duración)

Efectos secundarios adicionales que son posibles: visión borrosa, embotamiento mental, dificultad para orinar; **tratamiento >3 meses:** disfunción sexual, glaucoma, dilatación intestinal. Otros efectos secundarios (especificar si ocurren después de 3 meses de tratamiento): _____

Otros Medicamentos Psiquiátricos (nombre, dosis diaria min/max, rango de frecuencia, ruta, duración)

Efectos secundarios posibles (especificar si ocurren después de 3 meses de tratamiento)

He sido informado de las alternativas razonables de tratamiento(s) descritas abajo y de la probabilidad de que mi condición mejore o no sin tomar medicamentos (esta sección debe de ser completada)

Otros temas que discutimos:

1. Las interacciones farmacológicas con otros medicamentos y drogas. Estoy de acuerdo en avisar a mi médico a al médico de mi hijo/a todos los medicamentos usados, todo cambio de medicamentos, medicamentos recetados por otro médico y cualquier otro medicamento obtenido sin necesidad de receta médica y los suplementos naturales o herbales.
2. Los riesgos que el uso de medicamentos representa para un bebé durante el embarazo o durante la lactancia. Además he informado a mi médico si mi hija o yo estamos embarazadas o dando de mamar a un bebé. Estoy de acuerdo de informar a mi médico de toda posibilidad o intención de tratar de quedar embarazada o de amamantar a un bebé.
3. El alcohol y las drogas recreacionales o ilegales deben de no usarse debido a que alteran el funcionamiento cerebral. Estas drogas pueden causar interacciones peligrosas y pueden adversamente afectar lo que se intenta lograr con los medicamentos recetados por el médico.
4. Mi hijo/a y yo entendemos que los medicamentos pueden interferir con la habilidad de manejar un automóvil o de operar maquinaria. Tanto mi hijo/a como yo no conduciremos automóviles ni operaremos maquinaria pesada hasta saber plenamente como el medicamento(s) nos afecta. Asumo la responsabilidad de mantener la seguridad tanto de mi hijo/a como mía y también la seguridad de otros.
5. Estoy de acuerdo en tomar mis medicamentos y/o administrar los de mi hijo/a como han sido recetados, especialmente al principio del tratamiento o cuando ha habido un cambio en la dosis. También debo de contactar a mi médico si ocurre algo inusual o algún efecto secundario. Los servicios de emergencias/911 deben llamarse si los efectos secundarios son serios.
6. El parar de tomar medicamentos, especialmente de forma abrupta, puede causar serios efectos secundarios. Estoy de acuerdo en consultar con mi médico cualquier idea de parar mis medicamentos o los de mi hijo/a y de seguir las indicaciones médicas de como descontinuar los medicamentos de forma segura si decido hacer eso.

_____ (iniciales del cliente/representante legal)

7. El medicamento(s) se ha escogido basado en la mejor evidencia proveída por la literatura clínica, directrices profesionales y opiniones expertas, aún cuando algún medicamento en particular no este aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos para ese uso en particular o en la dosis recetada.

Reconocimiento y Acuerdo

Estoy de acuerdo de que los temas anteriores me fueron explicados a mi satisfacción y de que entiendo y acepto los riesgos del tratamiento con medicamentos descritos en esta forma. También estoy de acuerdo en que tengo **el derecho de rehusar** estos medicamentos y de que no pueden ser administrados a mi o a mi hijo/a sin mi consentimiento. Puedo pedir información adicional en cualquier momento y puedo **invalidar mi consentimiento** al tratamiento con estos medicamentos **en cualquier momento** simplemente informando de mi decisión a mi médico o al de mi hijo/a. Yo certifico con mi firma de que tengo la autoridad legal de firmar este consentimiento y de que el parentesco reportado es válido y legal.

Firma del Cliente (Padre o Representante Legal)

Fecha

Nombre en letra de molde si no es el cliente/Parentesco legal

Firma del Médico
Prescriber Signature

Fecha

Nombre del Médico en letra de molde/ Credenciales
Prescriber Print Name/Credentials

CA Medical License #

Nombre de la Clínica (Name of Clinic)

Dirección de la Clínica (Clinic Address)