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. SÍNO  **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 médico  Yo 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 |