



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS

CONSENT TO RECEIVE PSYCHIATRIC MEDICATIONS

Nombre del Paciente: _____

Su proveedor de atención, _____, recomienda que a usted se le dé tratamiento con los siguientes medicamentos psiquiátricos:

- Antipsicótico: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Antipsicótico: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Antidepresivo: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Antidepresivo: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Ansiolítico: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Hipnótico: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Estabilizador de ánimo: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Estimulantes: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Otro: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA
- Otro: mg por _____ (vía) _____ veces al día, hasta _____ mg diarios. Non-FDA

A usted solo se le podrá tratar con medicamentos psiquiátricos después de haber sido informado sobre su derecho a aceptar o rechazar tales medicamentos. Además, para cada uno de los medicamentos recetados, su proveedor de atención deberá darle la siguiente información:

- Una descripción de su condición mental; las razones por las cuales tomar medicamentos, incluyendo las probabilidades de que mejore sin medicamentos; y de haberlas, alternativas razonables al tratamiento;
- Los nombres y tipos de cada medicamento, frecuencia de administración, dosis mínimas y máximas (incluyendo "según se necesite"), vía de administración (oral o inyectada), y la duración del tratamiento;
- Los posibles efectos secundarios que se conocen como comunes, y cualquier efecto secundario probable en su caso;
- Efectos secundarios adicionales que podrían ocurrir por tomar el medicamento durante más de tres meses; por ejemplo, los medicamentos antipsicóticos pueden causar movimientos involuntarios de la cara y boca, o de las manos y los pies. Tales síntomas de *discinesia tardía* son potencialmente irreversibles, y podrían aparecer aún después de haber discontinuado el medicamento.
- Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento, informando a un miembro del equipo que le atiende.

Su firma abajo indica que (1) usted acepta lo anterior; (2) que él/los medicamento(s) enumerados arriba le fueron adecuadamente explicados por su proveedor; y (3) usted acepta el/los medicamento(s).

Firma: _____ (Paciente o su representante legal) Fecha _____ Hora _____ am/pm

Si alguien firma por el paciente, indique la relación: _____ Nombre (letra imprenta): _____

El paciente entiende la naturaleza y efectos del medicamento(s), y acepta recibirlo(s), pero no desea firmar el consentimiento. Firma del testigo: _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm

Consent obtained via interpreter. Interpreter Name and ID# _____

I provided the patient/patient's representative with an explanation of the treatment(s), possible complications, risks and benefits, as well as alternate courses of treatment or non-treatment and the risks and benefits involved in each. The patient was encouraged to ask questions and all questions were answered.

Provider's Signature: _____ Date _____