



Ciudad y Condado de San Francisco  
 Departamento de Salud Pública  
 Red de Salud de San Francisco  
 SERVICIOS DE SALUD DEL  
 COMPORTAMIENTO

Nombre:  
 ID del cliente:  
 Clave del programa:

### Consentimiento informado para medicamentos psiquiátricos: Adultos/adultos mayores

EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO ES DOCUMENTAR QUE USTED Y EL PROVEEDOR QUE RECETÓ LOS MEDICAMENTOS (MÉDICO) ANALIZARON LOS MEDICAMENTOS A SU SATISFACCIÓN.

El médico recetó los siguientes medicamentos. Usted tiene derecho a conocer la siguiente información antes de decidir si desea tomar los medicamentos:

1. Para qué enfermedad o diagnóstico que usted tiene se recetan estos medicamentos.
2. Qué síntomas reducen los medicamentos y cual es su nivel de efectividad.
3. Qué posibilidades de mejoría tiene sin tomar los medicamentos.
4. Opciones o alternativas razonables a la toma de medicamentos.
5. Nombre, tipo (o clase), dosificación, posología, frecuencia de administración, vía de administración y duración de cada medicamento recetado.
6. Efectos secundarios frecuentes de los medicamentos, incluso otros posibles efectos secundarios que podrían aparecer después de los tres meses (largo plazo) y podrían ser irreversibles.
7. Si se recetan medicamentos antipsicóticos, tenga en cuenta que estos medicamentos pueden causar otros efectos secundarios en algunas personas, como movimientos involuntarios persistentes que podrían llegar a ser irreversibles y que podrían continuar después de la interrupción de los medicamentos antipsicóticos.
8. Cualquier instrucción especial que deba saber con respecto a la toma de los medicamentos.

Medicamento	Vía de administración		Posología
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Inyección	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Inyección	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Inyección	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Inyección	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Inyección	

- Al firmar este formulario, usted indica que se le explicó a su satisfacción sobre el uso de los medicamentos mencionados anteriormente en su idioma preferido, y que comprende que puede hacer preguntas sobre los medicamentos en cualquier momento.
- Al firmar este formulario, usted aprueba el tratamiento.
- Incluso después de firmar, puede dejar de tomar una dosis o retirar su consentimiento en cualquier momento. Debe notificar a su médico, ya sea de manera verbal o por escrito.
- Recibirá una copia de este formulario de consentimiento.
- Usted ha recibido información sobre los medicamentos en su idioma preferido mediante:
  - Explicación verbal
  - Material impreso
  - Otro \_\_\_\_\_

**Fecha**

<b>Firma del cliente:</b>	
<b>Nombre del médico (letra de imprenta):</b>	
<b>Firma del médico con el tipo de título profesional, y acreditación o puesto:</b>	
<b>Testigo (necesario si el cliente no puede firmar o lo hace con una marca):</b>	

Si no se puede obtener una firma, marque el casillero a continuación y documente la razón:

- El cliente da su consentimiento verbal a los medicamentos recomendados, pero no puede firmar o se rehúsa a hacerlo por el siguiente motivo:

Intentos continuos de obtener la firma: Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_