



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: Niños, jóvenes y familias (Children, Youth and Families, CYF)

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

El médico recetó los siguientes medicamentos para su hijo/a. Usted tiene derecho a conocer la siguiente información antes de decidir si desea que su hijo/a tome los medicamentos:

1. Para qué enfermedad o diagnóstico de su hijo/a se recetan estos medicamentos.
2. Qué síntomas reducen los medicamentos y cuál es su nivel de efectividad.
3. Qué posibilidades de mejoría tiene si su hijo/a no 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 de su hijo/a en cualquier momento.
- Al firmar este formulario, usted aprueba el tratamiento para su hijo/a.
- Incluso después de firmar, puede dejar de tomar una dosis o retirar su consentimiento por completo 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 _____
- Este formulario de consentimiento tiene validez por un periodo de un año desde la fecha de la firma del médico.

Fecha

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

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

- El padre/madre/tutor 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 _____