



Lungsod at County ng San Francisco
Kagawaran ng Pamublikong Kalusugan
Health Network ng San Francisco
MGA SERBISYO PARA SA BEHAVIORAL
HEALTH

Pangalan:
ID ng Kliyente:
Kodigo ng Programa:

May Kaalamang Pahintulot para sa (mga) Saykayatrikong Gamot – Adult/Mas Nakatatandang Adult

LAYUNIN NG FORM NA ITO NA ITALA NA NASISIYAHAN KA NA NATALAKAY MO AT NG IYONG PROVIDER NA NAG-O-ORDER NG IYONG MGA GAMOT (IYONG TAGA-RESETA) ANG IYONG (MGA) GAMOT.

Nai-order ng iyong taga-reseta ang sumusunod na (mga) gamot. May karapatan kang malaman ang mga sumusunod na impormasyon bago mag-desisyong inumin ang (mga) gamot:

1. Anong kondisyon o resulta ng pagsusuri ang mayroon ka ang tinutugunan ng mga gamot na ito
2. Aling mga sintomas ang dapat mabawasan ng (mga) gamot at kung gaano kamalamang na gagana ang (mga) gamot
3. Gaano kamalamang kang gagaling kung hindi iinumina ang (mga) gamot
4. Mga makatuwirang opsyon o mga alternatibo sa pag-inom ng (mga) gamot
5. Pangalan, uri (o klase) ng gamot, dosage, taas ng dosage, dalas ng pag-administer, paraan ng pag-administer at tagal ng bawat niresetang gamot
6. Karaniwang side effect ng (mga) gamot, kabilang ang mga posibleng side effect na maaaring maganap sa higit tatlong buwan (pangmatagalan), at maaaring may potensyal na hindi maibabalik.
7. Kung nireseta ang mga antisaykotikong gamot, tandaang maaaring magsanhi ng karagdagang mga side effect ang mga antipsychotic na gamot sa ibang tao, kabilang ang patuloy na mga hindi sinasadyang pagkilos na maaaring hindi na mawala at maaaring magpatuloy pagkatapos na itigil ang pag-inom ng antisaykotikong gamot
8. Anumang mga espesyal na panuto na dapat mong malaman tungkol sa pag-inom ng (mga) gamot

Gamot	Paraan		Taas ng Dosage
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Turok	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Turok	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Turok	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Turok	
	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Turok	

- Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, pakisaad na nasisiyahan ka na naipaliwanag ang (mga) nabanggit na gamot sa iyong piniling wika at naaunawaan mong maaari kang magtanong tungkol sa iyong (mga) gamot sa anumang oras.
- Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, pinahihintulutan mo ang gamutang ito.
- Pagkatapos pumirma, maaari ka pa ring tumanggi sa anumang dose o bawiin ang iyong pagsang-ayon sa anumang oras sa pamamagitan ng pagpapaalam sa iyong taga-reseta nang pasalita o sa pamamagitan ng pagsulat.
- Makatatanggap ka ng isang kopya ng form ng pahintulot na ito.
- Nakatanggap ka ng impormasyon tungkol sa mga gamot sa iyong piniling wika sa pamamagitan ng:
 - Pasalitang paliwanag
 - Naka-print na materyales
 - Iba pa _____

Petsa

Lagda ng Kliyente:	
Pangalan ng Taga-reseta (i-print):	
Lagda ng Taga-reseta kasama ang uri ng digri ng propesyon, at lisensiya o titulo ng trabaho:	
Saksi (kinakailangan kung walang kakayanan ang kliyente o pumipirma gamit ang marka):	

Kung hindi makakukuha ng isang lagda, pakilagyan ng tsek ang kahon sa ibaba at itala ang dahilan:

- Pasalitang sumasang-ayon ang kliyente sa inirekomendang (mga) gamot, ngunit walang kakayanan o tumangging pumirma dahil:

Ipinagpatuloy na sumubok na kumuha ng lagda: Mga Inisyal _____ Petsa _____ Mga Inisyal _____ Petsa _____