



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 - CYF

LAYUNIN NG FORM NA ITO NA ITALA NA NASISIYAHAN KANG 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 para sa iyong anak. May karapatan kang malaman ang mga sumusunod na impormasyon bago magdesisyong inumin ang (mga) gamot kung iinom ang iyong anak ng (mga) gamot:

1. Anong kondisyon o resulta ng pagsusuri ang mayroon ang iyong anak 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 makatwirang mga 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 panutong 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 (mga) gamot ng iyong anak sa anumang oras.
- Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, pinahihintulutan mo ang gamutang ito para sa iyong anak.
- 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 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 \_\_\_\_\_
- Ang form ng pahintulot na ito ay mananatiling may bisa sa loob ng isang taon mula sa petsa ng pagpirma ng taga-reseta.

**Petsa**

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

**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: