



VERIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

Nombre del cliente _____ Número MH _____

Esta forma es para dar a conocer que tuve una conversación con mi médico/el médico de mi hijo(a), _____ M.D., sobre su receta para el(los) siguiente(s) medicamento(s) que se indican y es posible que algunos de ellos no cuenten con la aprobación de U.S. FDA (Administración Federal de Alimentos y Medicamentos) para el(los) uso(s) del cual nosotros conversamos.

Por favor, tome en cuenta que no se debe conducir o utilizar maquinaria pesada hasta que sepa como la medicina mencionada a continuación lo afecta.

Antipsicóticos _____

Alguno de los posibles efectos secundarios: náusea, vómito, mareos, aumento de peso, aumento de azúcar/lípidos en la sangre, diabetes, sedación, intranquilidad, temblores, entumecimiento de músculos, disquinesia tardada (movimientos involuntarios de la cabeza, cuello, brazos), ataques epilépticos, problemas sexuales, síndrome neuroléptico maligno (una emergencia médica rara que se caracteriza por fiebre alta, rigidez, delirios, colapso circulatorio y respiratorio) Además con Clozapina (*Clozapine*): ataques, disminución de glóbulos blancos, lo que podría ocasionar infecciones y, en raras ocasiones, daños al corazón.

Antidepresivos _____

Algunos posibles efectos secundarios: náusea, vómito, cambios en el apetito/peso, dolores de cabeza, mareos, sedación, trastornos del sueño, resequeidad en la boca, problemas sexuales/de erección, ataques, sangrado interno anormal.

Especialmente entre los jóvenes Los estabilizadores de ánimo también han sido asociados con un aumento en pensamientos y conductas suicidas.

Medicamentos Anti-Extrapiramidales (EPS) _____

Algunos posibles efectos secundarios: resequeidad de la boca, vista borrosa, cansancio, mareos, deficiencia mental, estreñimiento, dificultad al orinar.

Anti-ansiedad/Hipnóticos _____

Algunos posibles efectos secundarios: sueño, dificultad para concentrarse, confusión, torpeza, mareos, debilidad, disminución en los reflejos, dificultad para manejar, pérdida de la inhibición. Entiendo que yo/mi hijo(a) deberé (deberá) evitar el alcohol.

Estabilizantes del Animo (Mood Stabilizer) _____

Algunos posibles efectos secundarios: náusea, vómito, salpullido, aumento de peso, mareos, confusión, cansancio, **defectos de nacimiento**. Además, con Depakote: problemas del hígado/páncreas, problemas de los ovarios; con Carbamazepina (*Carbamazepine*): disminución de glóbulos sanguíneos, lo que podría ocasionar infecciones.

Litio _____

Algunos posibles efectos secundarios: náusea, vómito, diarrea, cansancio, deficiencia mental, confusión, aumento de peso, sed, continuos deseos de orinar, temblores, acné, trastornos de la tiroides, defectos de nacimiento.

Medicamentos DHD _____

Algunos posibles efectos secundarios: pérdida de apetito, deficiencia en el crecimiento, dificultad para dormir, intranquilidad, náusea, cambios en la presión arterial/latidos del corazón. Además con *Strattera*: lesiones raras del hígado con ictericia (coloración amarilla en la piel y ojos), dolor abdominal, comezón en la piel, gripe, orina de color oscuro. Además con Adderall/sales de anfetamina: riesgo de muerte repentina e inexplicable, principalmente con anomalías (indetectables) de las estructuras cardíacas.

Otros _____

Favor de leer y poner sus iniciales en la constancia de reconocimiento y acuerdo que aparece al reverso.

Entiendo que tengo derecho a negarme a tomar este/estos medicamento(s) y que no se le(s) podrá(n) administrar a mi/mi hijo(a) hasta que yo haya platicado con mi médico/el médico de mi hijo(a) y haya otorgado mi consentimiento para el tratamiento con este/estos medicamentos. Puedo buscar mayor información en cualquier momento que yo le desée, y puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento con el/los medicamento(s) anteriormente mencionados en cualquier momento con solo mencionar a mi médico/el médico de mi hijo mi intención.

He leído y colocado mis iniciales al reverso de esta forma.

Con mi firma certifico que tengo la autoridad legal para firmar este consentimiento y que la relación que aquí se indica es válida y legal.

Firma del Cliente/Padre de Familia o Tutor/Guardián nombrado judicialmente

Relación Legal

Fecha

Firma del(la) Joven (Opcional)

Firma del Médico

Fecha

El(la) cliente concuerda, pero decidió NO firmar

Constancia de Reconocimiento y de Acuerdo

En nuestra conversacion mi médico/el médico de mi hijo(a) y yo también hablamos de los siguientes temas:

1. La naturaleza de la condición mental/la de mi hijo(a).
2. Los motivos que tiene mi médico para haber recetado el(los) medicamento(s) anteriormente mencionado(s), inclusive la posibilidad de tener una mejoría o no sin dicho(s) medicamento(s), los riesgos del tratamiento, y los riesgos de no recibir tratamiento.
3. Cualquier tratamiento razonable alternativo que exista para mi condición/la condición de mi hijo(a).
4. El tipo de medicamento(s) que voy a recibir/mi hijo(a) va a recibir, la frecuencia y cantidades de las dosis, el método por el que yo/mi hijo(a) deberá/deberá tomarse el(los) medicamento(s) (*inyección o por la vía oral*) y la duración posible de dicho tratamiento. Se pueden conseguir folletos de información sobre los medicamentos si usted así lo solicita.
5. Posibles interacciones entre medicamentos que pudieran ocurrir con otros medicamentos y drogas. Estoy de acuerdo en notificar a mi(s) médico(s)/el(los) médico(s) de mi hijo(a) sobre cualquier medicamento, o cambios de medicamento recetado por otros médicos y sobre el uso o cambios en el uso de drogas o suplementos naturales/de plantas medicinales sin receta médica.

Estoy consciente que al firmar esta forma estoy reconociendo que tuve una plática con mi médico/el médico de mi hijo(a) en la cual se abordaron los temas anteriormente mencionados a mi satisfacción, y acepto los riesgos de, Y otorgo mi consentimiento para el tratamiento con el(los) medicamento(s) anteriormente mencionado(s). Yo entiendo, mi hijo(a) entiende y estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. Estoy de acuerdo que mi hijo(a) se le tiene que administrar el(los) medicamento(s) de la manera en que se han recetado, especialmente al comenzar a tomarse los medicamentos, en los primeros meses, y/o durante cambios en las dosis, a vigilar y ponerse en contacto con mi médico/el médico de mi hijo(a) acerca de cualquier efecto adverso. Si los efectos adversos son de gravedad, se llamará a la sala de emergencia al numero 911.
2. Se deberá evitar el alcohol y/o las drogas recreativas/callejeras/ilícitas, pues alteran la mente. También podrían ocasionar interacciones peligrosas y podrían afectar adversamente los efectos que se intentan con los medicamentos recetados. Los medicamentos y/o las drogas podrían disminuir la capacidad para manejar automóviles o maquinaria, y me hago responsable de mantener mi propia seguridad/la seguridad de mi hijo(a) y la seguridad de los demás.
3. No se puede parar de tomar los medicamentos de manera repentina, esto podría ocasionar efectos graves y adversos. Antes de hacerlo, yo estoy de acuerdo en hablar con mi médico/el médico de mi hijo(a) sobre el tema de dejar de tomar medicamentos y seguir la asesoría médica acerca de cómo dejar de tomarlos gradualmente si existe la intención de discontinuar dichos medicamentos.
4. **Las medicinas pueden dañar a su bebe durante el embarazo. No estoy/Mi hija no esta actualmente embarazada. Me comprometo a informar a mi medico si hay alguna posibilidad o tengo la intención de quedarme embarazada. Informare al medico de mi hija si es posible que ella este actualmente embarazada o si hay la posibilidad de que quede embarazada mientras este tomando medicación siquiátrica.**

He leído y reconozco lo anterior y estoy de acuerdo con las condiciones anteriormente mencionadas.

Iniciales del(la) cliente/padre de familia o tutor/guardián nombrado judicialmente _____