



Nombre del cliente _____ Número de expediente médico (MRN) _____

Reconozco que platicué con mi médico (o el de mi hijo/a) sobre mi (o su) receta de los medicamentos psiquiátricos que se especifican en este formulario de consentimiento, los motivos para tomar dichos medicamentos y los tratamientos alternativos razonables disponibles.

Las RAZONES (diagnósticos, síntomas o comportamientos) para tomar los siguientes medicamentos psiquiátricos son:

***Todos los efectos secundarios que se indican a continuación podrían ocurrir después de un corto plazo o un largo plazo (más de 3 meses) de tratamiento con el medicamento. Nos esforzamos para nombrar los efectos secundarios más notables o probables, pero no se puede nombrar ni pronosticar todos los efectos secundarios posibles. Es importante siempre informar a su médico lo antes posible de cualquier efecto secundario que se presente.**

Posibles efectos secundarios de todos los medicamentos: reacciones alérgicas, náusea, vómito, dolor de cabeza, mareo, fatiga, boca seca, estreñimiento, diarrea, cambio de peso, cambios en el dormir y el estado de alerta, trastornos del movimiento, disfunción sexual, defectos de nacimiento; **cuando se usa el medicamento por más de 3 meses:** osteoporosis, discinesia tardía, insuficiencia hepática/renal, trastornos sanguíneos, y las siguientes, que se relacionan con una categoría particular de medicamento:

Antipsicótico (nombre, dosis diaria mínima/máxima, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios adicionales: aumento de niveles de azúcar en la sangre/lípidos, visión borrosa, agitación, temblores, rigidez muscular, síndrome neuroléptico maligno (fiebre alta, rigidez, delirio, insuficiencia circulatoria y respiratoria), convulsiones, ritmo cardíaco irregular, mayor riesgo de derrame cerebral y muerte en personas mayores con demencia; **tratamiento por más de 3 meses:** diabetes, síndrome metabólico, menor recuento de células sanguíneas, **discinesia tardía (movimientos involuntarios de la cabeza, el cuello y las extremidades que puede ser irreversible y puede presentarse después de que se haya discontinuado los medicamentos)**. Otros efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Antidepresivo (nombre, dosis diaria mínima/máxima, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios adicionales: visión borrosa, retención urinaria, convulsiones, desregulación de la presión arterial, ritmo cardíaco irregular, **cambios de humor, irritabilidad, violencia, pensamientos y comportamiento suicidas (especialmente en jóvenes); tratamiento por más de 3 meses:** disfunción sexual, síndrome metabólico, discinesia tardía. Otros efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Ansiolítico/hipnótico (nombre, dosis mínima/máxima diaria, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios adicionales: problemas para concentrarse, confusión, torpeza, pérdida de la inhibición, efecto sinérgico adverso con el alcohol y otros medicamentos, incluidos los analgésicos opioides; **tratamiento por más de 3 meses:** tolerancia/dependencia, adicción. Otros efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Estabilizador del estado de ánimo (nombre, dosis mínima/máxima diaria, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios adicionales: sarpullido grave/ampollas en las mucosas, posible amenaza para la vida, confusión, insuficiencia hepática/pancreática, menor recuento de células sanguíneas, defectos de nacimiento; **tratamiento por más de 3 meses:** hiponatremia, problemas ováricos (ácido valproico). Otros efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Litio (dosis mínima/máxima diaria, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios adicionales: sed, orinar más frecuentemente, temblores, defectos de nacimiento; **tratamiento por más de 3 meses:** acné, trastorno de la tiroides, insuficiencia renal. Otros efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Medicamento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (nombre, dosis mínima/máxima diaria, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios adicionales: disminución del apetito/crecimiento, agitación, desregulación de la presión arterial/del ritmo cardíaco. **Atomoxetina:** rara lesión hepática con posible ictericia, dolor abdominal, orina oscura, síntomas parecidos a los de la influenza. **Estimulantes:** psicosis, ideas suicidas, agresión, muerte repentina sin explicación, principalmente con anomalías estructurales cardíacas subyacentes (no detectadas); **tratamiento por más de 3 meses:** tolerancia/dependencia, adicción. Otros efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Medicamento para el Parkinson (nombre, dosis diaria mínima/máxima, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios adicionales: visión borrosa, embotamiento mental, problemas para orinar; **tratamiento por más de 3 meses:** disfunción sexual, glaucoma, dilatación intestinal. Otros efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Otros medicamentos psiquiátricos (nombre, dosis diaria mínima/máxima, rango de frecuencia, ruta, duración) _____

Posibles efectos secundarios (especifique si aparecen después de más de 3 meses de tratamiento): _____

Me han informado sobre los TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS razonables mencionados a continuación y la probabilidad de mejorar o no sin los medicamentos anteriores (esto debe llenarse):

Otros temas que discutimos:

1. Las posibles interacciones del medicamento que pueden ocurrir con otros medicamentos o drogas. Estoy de acuerdo en notificar a mi médico (o al médico de mi hijo/a) sobre los medicamentos, o cambio en los medicamentos, recetados por otros médicos, y sobre el uso relacionado, o cambios en el uso, de medicamentos de venta libre o suplementos naturales o a base de hierbas.
2. El posible riesgo del medicamento para un nonato o un recién nacido al que se esté amamantando, y le informé a mi médico (o al médico de mi hija) si estoy (o si mi hija está) embarazada o amamantando. Acepto informar a mi médico (o al de mi hija) si existe alguna posibilidad o intención de quedar embarazada o de que amamante.
3. Debido a que alteran la mente, debe evitarse el alcohol y las drogas recreativas/callejeras/ilícitas. También pueden provocar interacciones peligrosas y afectar de manera negativa las acciones previstas de los medicamentos recetados.
4. Estoy (Mi hijo/a está) consciente de que los medicamentos pueden afectar la capacidad de conducir u operar maquinaria. Yo debo (Mi hijo/a debe) evitar manejar o usar maquinaria pesada hasta que sepa la manera en que los medicamentos recetados pueden afectarme (afectarle). Asumo la responsabilidad de mantener mi seguridad (la seguridad de mi hijo/a) y la de los demás.
5. Acepto (Mi hijo/a acepta) tomar/administrar los medicamentos recetados conforme a las indicaciones y, concretamente, a vigilar y contactar a mi médico (o al médico de mi hijo/a), si se observe cualquier efecto poco común o negativo cuando empiece a tomar los medicamentos o cuando hay un cambio de dosis. Se contactará al servicio de emergencias/911 si los efectos negativos son graves.
6. Descontinuar los medicamentos, especialmente de manera repentina, puede provocar efectos adversos graves. Acepto platicar con mi médico (o médico de mi hijo/a) acerca de la discontinuación los medicamentos antes de hacerlo, y seguir los consejos médicos sobre la manera segura de disminuir el consumo de los medicamentos para discontinuarlos.
7. Se eligen los medicamentos con base en la mejor evidencia respaldada por los documentos clínicos, la guía y las opiniones de los expertos, aunque a veces es posible que un medicamento en particular no cuente con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. para los usos y el rango de dosis analizados.

Reconocimiento y aceptación

Reconozco que los temas anteriores se abordaron de forma satisfactoria y que acepto y admito los riesgos del tratamiento con los medicamentos señalados en este formulario. También entiendo que tengo el derecho a rechazar estos medicamentos y que dichos medicamentos no se me pueden administrar a mí (o a mi hijo/a) sin mi consentimiento. En cualquier momento puedo buscar más información y/o anular mi consentimiento a recibir tratamiento con los medicamentos antes mencionados al declarar dicha intención a mi médico (o al médico de mi hijo/a). Certifico con mi firma que tengo la autoridad jurídica para firmar este consentimiento y que la relación mencionada es válida y legítima.

Firma del cliente (o del padre o tutor/curador)

Nombre en letra de molde si no es el
cliente/relación legal

Fecha

Firma del médico

Nombre en letra de molde/acreditaciones del médico

Fecha