

**SALUD MENTAL DEL CONDADO DE FRESNO  
CONSENTIMIENTO MÉDICO INFORMADO  
PARA ADULTOS Y NIÑOS**

Este consentimiento es para reconocer que he tenido una conversación con el proveedor de medicamentos para mí/mi hijo, respecto de mi/su receta médica para los siguientes medicamentos, a fin de tratar los siguientes síntomas:

\_\_\_\_\_

Medicamento	Tipo	Dosificación o Dosis inicial	Máximo Rango de dosificación <u>según lo prescrito</u>	Frecuencia	Vía	Duración

He sido informado y entiendo los efectos secundarios **de ocurrencia común**, y que también puede haber otros menos comunes, pero no están limitados a los mencionados a continuación. Los efectos secundarios pueden experimentarse en cualquier momento durante la toma de estos medicamentos, y pueden prolongarse 3 meses después de discontinuar el medicamento.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Somnolencia/sedación/trastornos del sueño                   | <input type="checkbox"/> Visión borrosa/mareos                       | <input type="checkbox"/> Irregularidades cardíacas          |
| <input type="checkbox"/> Orina oscura/problemas para orinar                          | <input type="checkbox"/> Diarrea/estreñimiento/náuseas               | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito o en el peso |
| <input type="checkbox"/> Rigidez muscular/temblores/excitabilidad                    | <input type="checkbox"/> Aumento en los niveles de glucosa en sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de concentración         |
| <input type="checkbox"/> Problemas sexuales  | <input type="checkbox"/> Erupción/comezón en la piel                 | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el embarazo (incl. malformaciones congénitas) | <input type="checkbox"/> Fatiga/cansancio                            | <input type="checkbox"/> Sangrado interno anormal           |
- Discinesia tardía: Movimiento involuntario de la lengua, el rostro, el cuello, las extremidades o el torso.
- Pensamientos suicidas (**Advertencia del casillero en negro**)
- Síndrome neuroléptico maligno: Fiebre, músculos rígidos, confusión, frecuencia cardíaca acelerada, temblores, agitación, sudor en exceso
- Síndrome de serotonina: Dolor de cabeza, náuseas/vómitos, ruidos fuertes del intestino, espasmos musculares, sudor excesivo, pupilas dilatadas
- Otros comentarios/efectos secundarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Tratamientos alternativos disponibles:** \_\_\_\_\_

**Uso fuera de la etiqueta** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ interpretó este formulario para mí en \_\_\_\_\_

*Si una versión traducida de este formulario fue firmada por el cliente o tutor, adjunte la versión traducida a la versión en inglés.*

Se me ofrecieron materiales impresos en mi idioma de preferencia sobre mis medicamentos, dosis y efectos secundarios actuales. Comprendo que la decisión de tomar cualquier medicamento es exclusivamente mía y comprendo los posibles riesgos y beneficios de los medicamentos enumerados en este formulario ya que me los han explicado. Puedo retirar mi consentimiento para cualquier medicamento en cualquier momento firmando un formulario de consentimiento para el retiro de la prescripción para ese medicamento. Sé que siempre debo hablar primero con mi proveedor psiquiátrico sobre cualquier decisión para incrementar, disminuir o dejar de tomar de manera abrupta cualquier medicina y cualquier decisión de mi parte o de cualquier otro proveedor de agregar o quitar un medicamento que mi proveedor psiquiátrico no estuviera al tanto cuando di mi consentimiento para las medicinas mencionadas en este formulario. Es mi responsabilidad mantener al proveedor psiquiátrico al tanto de cualquier medicina que tome de cualquier fuente. Comprendo que el proveedor psiquiátrico considera que los medicamentos enumerados en este formulario y utilizados por mí solo como se prescribieron me ayudarán, pero sé que no hay una garantía en cuanto a los resultados.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Cliente/Padre/Tutor legal**

- Copia entregada       Copia rechazada       Se negó a firmar pero está dispuesto a tomar medicamentos.

Explicué los beneficios, riesgos y terapias alternativas, así como también los efectos secundarios del medicamento mencionado arriba, y obtuve el consentimiento informado del cliente/adulto responsable.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Psiquiatra/NP/PA**