

Consentimiento informado para tratamiento de un menor con medicamento(s) psiquiátrico(s)

Diagnósticos:

EJE I	
EJE II	
EJE III	

Yo, _____ (nombre del Paciente/Padre/Madre/Tutor legal, en letra de imprenta) (dibuje un círculo alrededor de uno), he recibido información de mi profesional médico acerca de los medicamentos indicados a continuación.

Para cada medicamento indicado a continuación, se me ha dado la oportunidad de conversar con el profesional recetante lo siguiente:

- El diagnóstico y los síntomas objetivo para el medicamento recomendado.
- Los posibles beneficios/resultados esperados del tratamiento.
- Los posibles riesgos y efectos secundarios.
- Posibles alternativas.
- Los posibles resultados de no tomar la medicación recomendada.
- Las dosis y la posibilidad de que se debe ajustar con el tiempo la dosis de medicamento, en consulta con mi profesional médico.
- Mi derecho a retirar mi consentimiento voluntario para medicación en cualquier momento (excepto si el uso de medicamentos en mi tratamiento es una exigencia de una Orden Judicial)
- El medicamento puede ser utilizado para fines no contemplados en la etiqueta para una afección en particular (en ausencia de aprobación de la FDA) y el profesional médico indicará cuándo se utiliza un medicamento de esta manera.

Nombre del medicamento	Vía	Dosis

COMPRENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA PROPORCIONADO Y MI FIRMA A CONTINUACIÓN CERTIFICAN QUE OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE ESTE/ESTOS MEDICAMENTO(S).

O

_____ **PROPORCIONADO POR ORDEN JUDICIAL (copia adjunta)**

Iniciales del proveedor médico para verificar que se adjunta una copia

[Firmas en la próxima página]

Nombre del Paciente, en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma: <i>(Si corresponde)</i>	Fecha:
Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal, en letra de imprenta:	
Relación/parentesco con el paciente:	
Firma:	Fecha:
Nombre del Profesional Médico recetante y credenciales, en letra de imprenta:	
Firma:	Fecha: