|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICESDivision of Care and Treatment ServicesF-24277 (12/2016) | STATE OF WISCONSIN42 CFR483.420(a)(2)DHS 134.31(3)(o)DHS 94.03 & 94.09§§ 51.61(1)(g) & (h) |

|  |
| --- |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACIÓNINFORMED CONSENT FOR MEDICATIONCompletar este formulario es voluntario. Si no se completa, el medicamento no puede ser administrado sin una orden judicial salvo en caso de emergencia. Este consentimiento se mantendrá en el expediente del cliente y es accesible a los usuarios autorizados. |
| Nombre – Paciente / Cliente (Apellido, Nombre Inicial)     ,             | Número de Identificación (ID)      | Unidad donde vive      | Fecha de Nacimiento      |
| Nombre – Persona Preparando este Formulario       | Nombre – Contacto de Personal      | Nombre / Número de Teléfono – Institución      |
| CATEGORIA DEL MEDICAMENTO | **MEDICAMENTO** | INTERVALO DE DOSIFICACIÓN TOTAL DIARIA RECOMENDADA | **INTERVALO DE DOSIFICACIÓN ANTICIPADA**  |
|       |      (     ) |       |       |
| El intervalo de dosificación anticipada debe ser individualizado, puede ser por encima o por debajo del intervalo recomendado pero no se administrará ningún medicamento sin su consentimiento informado y por escrito. Intervalo de dosificación total diaria recomendada del fabricante, como se indica en *Physician’s Desk Reference* (PDR) u otra norma de referencia.Este medicamento será administrado [ ]  Por la boca [ ]  Por inyección [ ]  Otra – Especifique:       |
| Razón para el uso de medicamentos psicotrópicos y los beneficios que se esperan (note si es un uso ‘Fuera de la Etiqueta’)Incluir el diagnóstico de DSM-5 o el diagnóstico de “hipótesis de trabajo”. |
|       |
| **2. Modo(s) alternativo(s) de tratamiento que no sea O además de medicamentos incluye** Nota: Algunos de estos aplicarían sólo en un entorno de pacientes hospitalizados. |
| [ ]  Cambios del medio ambiente y/o del personal  | [ ]  Tratamientos/terapias de rehabilitación (OT, PT, AT) |
| [ ]  Reorientación positiva y la interacción del personal  | [ ]  Programas y enfoques de Tratamiento (habilitación) |
| [ ]  Terapia individual y/o en grupo | [ ]  Uso de técnicas de intervención del comportamiento  |
| **Otras Alternativas**:       |
| 3. Las consecuencias probables de NO recibir el medicamento propuesto son |
| Deterioro en [ ]  Actividades de Trabajo  | [ ]  Relaciones Familiares  | [ ]  Funcionamiento Social  |
|  |  |  |
| Posible aumento en los síntomas que conlleven a posible  |  |
| [ ]  Uso de reclusión o restricción | [ ]  Limites en las actividades de recreación y ocio |
| [ ]  Limites al acceso de posesiones | [ ]  Intervención de las autoridades policiales |
| [ ]  Limites de libertades personales | [ ]  Riesgo de daño a si mismo u a otros |
| [ ]  Limite de participación en tratamiento y actividades |  |
| **Otras Consequencias**:       |
|  Nota: Estas consecuencias pueden variar dependiendo de si la persona se encuentra en un entorno hospitalario o no. Es también posible que en situaciones excepcionales, sucedan pocas o ninguna de las consecuencias adversas si los medicamentos no son administrados.  |

| F-24277 | Medicamento:      - (     ) |
| --- | --- |
| Los posibles efectos secundarios, advertencias y precausiones asociados con este medicamento se indican a continuación. Esta lista no incluye todo pero representa los artículos de posible importancia clínica para usted. Para más información sobre este medicamento, puede consultar más a fondo con su médico o hacer referencia a un texto estándar como el PDR. Como parte del seguimiento de algunos de estos posibles efectos secundarios, su médico pueda que ordene pruebas de laboratorios al igual que otras pruebas. El equipo a cargo del tratamiento seguirá bien de cerca a las personas que no puedan comunicar con facilidad los efectos secundarios a fin de de mejorar el cuidado y el tratamiento. |
| Continuación – Posibles efectos secundarios, advertencias y precauciones asociados con este medicamento.Efectos Secundarios más Comunes       |
| **Efectos Secundarios menos Comunes**       |
| **Efectos Secundarios poco Comunes**       |
| **Precaución**       |
| **Advertencia**       |
| **Nota sobre el Síndrome**       |
| Ver el PDR o US Hospital Formulary Service para una lista que incluya todo los efectos secundarios.  |
| Por medio de mi firma a continuación, DOY permiso para el uso del medicamento nombrado en la página 1 y el intervalo de dosificación anticipado. Mi firma también indica que entiendo lo siguiente:1. Puedo negarme a dar mi consentimiento o retirar mi consentimiento en cualquier momento por medio a una notificación por escrito dirigida al director o persona designada. Esto no afectará mi derecho a cambiar de parecer más tarde. Si retiro mi consentimiento tras el inicio de una medicación, estoy al tanto de que la medicación no puede ser suspendida de inmediato. Más bien será suspendida gradualmente tan rápido como se considere médicamente seguro y luego suspendida para evitar una consecuencia médica adversa, tales como convulsiones, debido a la suspensión rápida de la medicación.
2. Las preguntas relacionadas con este medicamento pueden ser discutidas con el Equipo Interdisciplinario, entre ellos el médico. El contacto de personal puede ayudar a hacer los arreglos necesarios.
3. Las preguntas relacionadas con el plan de apoyo del comportamiento o plan de intervención del comportamiento, que correspondan con el uso del medicamento, pueden ser dirigidas al trabajador(a) social, director del caso o psicólogo del cliente.
4. Tengo derecho a solicitar una revisión de mi expediente en cualquier momento, conforme a la § 51.30(4)(d) o § 51.30(5)(b).
5. Tengo derecho a presentar una queja si siento que los derechos del cliente han sido restringidos indebidamente. El trabajador(a) social, el director del caso o la agencia/facilidad podrían ser contactados para asistencia.
6. Mi consentimiento permite que se cambie la dosificación dentro del **intervalo de dosificación anticipada** sin tener que firmar un consentimiento adicional.
7. Entiendo las razones para el uso del medicamento, sus posibles riesgos y beneficios, otro tratamiento(s) alternativo, y las posibles consecuencias, que pueden suceder si el medicamento propuesto no es administrado. Me dieron suficiente tiempo para estudiar la información y saber que la información es especifica, precisa, y completa.
8. El consentimiento para este medicamento es para un periodo de vigencia inmediata y no debe exceder quince (15) meses a partir de la fecha de mi firma. La necesidad y el uso continuo de este medicamento serán revisados al menos cada tres meses por el Equipo Interdisciplinario. El objetivo, en nombre del cliente, será llegar y mantener al cliente en una dosificación mínima efectiva.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMAS** | **FECHA Firmado** |
| Cliente – Si se considera competente para consentir / Padre o Madre del Menor / Tutor (POA-HC) | Relación el Cliente [ ]  Yo mismo[ ]  Padre [ ]  Tutor (POA-HC) |  |
| Persona Presente en el Debate Oral  | Titulo |  |
| Comentarios del Cliente / Padre o Madre del Menor / Tutor (POA-HC)  |
| **Como el padre / madre / tutor (POA-HC) no estaba disponible para firmar, él / ella fue informado de forma verbal sobre la información en este consentimiento.**  |
| **Consentimiento Verbal** |
| Obtenido por – LETRA DE MOLDE – Nombre del Miembro del Personal  | Fecha Obtención | Consentimiento por Escrito Recibido[ ]  Sí [ ]  No |
| Obtenido por – LETRA DE MOLDE – Padre / Madre / Tutor (POA-HC)  | Fecha de Vencimiento | Fecha de Recepción |