

FORMATO SUGERIDO POR PROVEEDORES DE TELEMEDICINA

PM FORM 3.15.2 TMED

Notificacion de Consentimiento Para El Tratamiento de Medicamentos Psicotropicos

[\(Link to English Version\)](#)

He discutido la siguiente informacion con mi prescriptor sobre cada medicina indicada en la lista que sigue:

- El diagnosis y sintomas objetivas para el medicamento recomendado;
- Los posibles beneficios/resultado intentado en el tratamiento, y si es aplicable, todos los procedimientos disponibles envueltos en el tratamiento propuesto;
- Los posibles riesgos y efectos secundarios, incluyendo riesgos a mujeres embarazadas y mujeres que estan amamantando;
- Las posibles alternativas;
- Los posibles resultados de no tomar el medicamento recomendado;
- La posibilidad que con el tiempo, la dosis de mis medicamentos tengan que ser ajustadas, en consulta con mi practicante de comportamiento de salud;
- Mi derecho de participar activamente en mi tratamiento discutiendo cualquier duda o preocupacion que tenga sobre mis medicamentos con mi medico de compartamiento de salud.
- Mi derecho a retraer mi consentimiento voluntario para medicamentos a cualquier tiempo (a menos que el uso de medicamentos sea requerido por Orden de la Corte o en caso de un Plan de Tratamiento Especial; y
- Para personas menores de 18 años, el estatus de FDA del medicamento y el nivel de prueba apoyando el medicamento recomendado.

Entiendo la informacion de mis medicamento que se me han proveido. Firmando abajo acuerdo el uso de cada medicamento.

Medicamento	Sintomas Objectivas Que Necesitan Atencion*	Como Se Discutieron**	Persona/Guardian Iniciales y Fecha***	Prescriptor Iniciales y Fecha
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telefono <input checked="" type="checkbox"/> Telemedicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Dirigase a la nota del Prescriptor con Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telefono <input checked="" type="checkbox"/> Telemedicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Dirigase a la nota del Prescriptor con Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telefono <input checked="" type="checkbox"/> Telemedicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Dirigase a la nota del Prescriptor con Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telefono <input checked="" type="checkbox"/> Telemedicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Dirigase a la nota del Prescriptor con Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telefono <input checked="" type="checkbox"/> Telemedicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Dirigase a la nota del Prescriptor con Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telefono <input checked="" type="checkbox"/> Telemedicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Dirigase a la nota del Prescriptor con Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telefono <input checked="" type="checkbox"/> Telemedicina <input type="checkbox"/> Previamente	Fecha: _____	Dirigase a la nota del Prescriptor con Fecha: _____

Nombre de la Persona: _____

ID de la Persona #: _____

Persona/Guardian (Letra de Molde)

Firma

Iniciales

Practicante de Comportamiento de Salud
(Letra de Molde)

VEA LA NOTA DEL PRESCRIPTOR

Firma

Iniciales

* Síntomas objetivos se refieren a síntomas específicas asociadas con el diagnóstico, como llanto, alucinaciones, insomnio. Liste los síntomas objetivos en lugar de el diagnóstico subyacente.

** "Previamente" indica que el medicamento ya se ha discutido en una situación anterior o por otro prescriptor (hospital, otra clínica, etc.) y que se está verificando que la persona continúa a autorizar su tratamiento con este medicamento.

*** Asegure que la forma Notificación de Consentimiento, con la firma original del paciente, esté localizada en el expediente del paciente. Si el consentimiento es obtenido por teléfono o por telemedicina, el paciente puede escribir sus iniciales y la fecha, en su próxima visita cara a cara.

Nombre de la Persona: _____

ID de la Persona #: _____