

MEDICATION CONSENT FORM
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA LA ADMINISTRACION DE FARMACOS
ALAMEDA COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES

NAME:
DOB:
PSP:
SS#:

Se me ha explicado que tengo el derecho de negarme a tomar este medicamento y que, excepto en caso de emergencia, el personal no puede administrármelo sino hasta que yo haya hablado con mi medico y dado mi consentimiento al respecto. Mi medico y yo hemos tratado lo siguiente:

1. **La naturaleza de mi afección mental.**
2. **Las razones** de mi medico para recetarme este medicamento, incluyendo la probabilidad de que mi afección mejore o no sin el mismo.
3. **Mi derecho a rehusar tomar el medicamento** en cualquier momento, si así se lo manifiesto a cualquier miembro del personal encargado de mi tratamiento.
4. **Otras alternativas razonables de tratamiento**, disponibles para mi condición medica.
5. **La clase de medicamento** que voy a recibir, la **frecuencia** y la **dosificación**, el **método** de administración (par vía oral o inyectable) y la **duración** del tratamiento.
6. Los efectos secundarios más comunes que se han registrado con estos medicamentos, y cualquier efecto secundario posible en mi caso particular.
7. Los posibles efectos secundarios adicionales que pudieran ocurrir en caso de que continuara tomando este medicamento durante un periodo mayor de tres meses. Entre dichos efectos se incluye **disquinesia**, consistente en un movimiento involuntario repetido de la cara, boca, manos o pies. Ciertos psicofármacos pueden causar estos síntomas, los cuales son potencialmente irreversibles y podrían aparecer después de haber terminado el tratamiento.

También se me entrego documentación escrita específica, referente al medicamento recomendado. Entiendo que esta documentación es solo parcial, y que es importante que consulte con mi(s) medico(s) sobre todos mis problemas médicos y medicamentos que estoy recibiendo.

Antianxiety Agents, specifically / Agentes contra la ansiedad, específicamente

Antidepressants, specifically / Antidepresivos, específicamente

Antipsychotics, specifically / Antipsicóticos, específicamente

Carbamazepine / Carbamazepina (Tegretol)

Divalproex or Valproic Acid / Divalproex o ácido valproico (Depakote)

Lithium / Litio

Psychostimulants, specifically / Psicoestimulantes, específicamente

Sedative/hypnotics, specifically / Sedantes/Hipnóticos, específicamente

Other / Otro

Yo entiendo que las medicinas nombradas a continuación han sido aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicinas (FDA), a pesar de que su uso en mi enfermedad no ha sido una de las indicaciones aprobadas.

Fecha _____ Firma del paciente/representante _____

Pt agrees, but chooses NOT to sign. Staff: _____

DATE: _____

Pt on conservatorship, Conservator sig: _____

DATE: _____