

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE ALAMEDA
 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (9 CCR Secciones 784.29 y

851) Página 1 de 2
 En este formulario se proporciona información sobre los medicamentos recomendados para mejorar la salud mental del paciente. Asimismo, este documento no constituye un contrato que imponga el uso de un medicamento contra los deseos del paciente. Es posible que este formulario no cubra todos los usos o los posibles efectos secundarios del tratamiento de un paciente.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ PSP: _____

1. Se recomienda el uso de los medicamentos para tratar los síntomas molestos. Los síntomas que se indican a continuación son los motivos por los cuales se me recomiendan los medicamentos.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de energía o motivación | <input type="checkbox"/> Agresión u hostilidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para comunicarse con otros |
| <input type="checkbox"/> Estado depresivo | <input type="checkbox"/> Altibajos emocionales | <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito o sobrealimentación | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse o facilidad para confundirse | <input type="checkbox"/> Comportamientos impulsivos | <input type="checkbox"/> Pesadillas o recuerdos recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir o dormir demasiado | <input type="checkbox"/> Pensamientos no deseados | <input type="checkbox"/> Rigidez o espasmos musculares |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o preocupación constante | <input type="checkbox"/> Creencias fijas | <input type="checkbox"/> Agitación |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para lidiar con el estrés | <input type="checkbox"/> Sentimientos de temor o miedos poco realistas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad o agitación | <input type="checkbox"/> Visiones o voces que otros no pueden ver o escuchar | |
| | <input type="checkbox"/> Dificultad para organizar los pensamientos | |

Nombre del medicamento	Tipo de medicamento (clase de med.)	Administrado por (ruta):	Dosis diaria (rango):	Frecuencia (rango):
	<input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Ansiolítico <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Estabilizador del ánimo <input type="checkbox"/> Psicoestimulante <input type="checkbox"/> Medicamento contra los EPSE <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
	<input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Ansiolítico <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Estabilizador del ánimo <input type="checkbox"/> Psicoestimulante <input type="checkbox"/> Medicamento contra los EPSE <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
	<input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Ansiolítico <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Estabilizador del ánimo <input type="checkbox"/> Psicoestimulante <input type="checkbox"/> Medicamento contra los EPSE <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
	<input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Ansiolítico <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Estabilizador del ánimo <input type="checkbox"/> Psicoestimulante <input type="checkbox"/> Medicamento contra los EPSE <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
	<input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Ansiolítico <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Estabilizador del ánimo <input type="checkbox"/> Psicoestimulante <input type="checkbox"/> Medicamento contra los EPSE <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		

2. Mi necesidad de recibir este medicamento se evaluará en cada visita. Es común seguir tomando medicamentos después de que hayan desaparecido los síntomas a fin de evitar que estos vuelvan. Se estima que me recetarán dichos medicamentos durante al menos:

- 6 meses o más 12 meses o más Otro: _____

3. Entre las opciones de tratamientos adicionales y alternativos que se consideran razonables se incluyen las siguientes:

- Psicoterapia Terapia grupal o familiar Otros medicamentos Otro: _____

4. Los efectos secundarios, incluidos aquellos efectos a largo plazo posibles y probables (más de 3 meses), se enumeran en el reverso de este formulario o se proporcionan por separado.

5. Se me ha ofrecido y he analizado información relacionada con el medicamento satisfactoriamente y comprendí la importancia de:

- hablar con mi médico si deseo interrumpir los medicamentos a fin de analizar los posibles efectos de dicha interrupción;
- pruebas de laboratorio u otras evaluaciones realizadas al menos una vez al año para controlar mi progreso y el riesgo de experimentar efectos secundarios;
- hablar con mi médico si me embarazo, si planeo quedar embarazada o si amamanto, ya que varios medicamentos pueden causar malformaciones congénitas.

6. Se me ha ofrecido una copia del formulario de consentimiento para la administración de este medicamento y comprendo que tengo derecho a solicitar información adicional relacionada con los medicamentos, a rehusarme a tomar medicamentos y a retirar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del paciente o del representante:	Relación con el paciente:	Fecha:
Firma del médico:	<input type="checkbox"/> Psiquiatra (MD/DO) <input type="checkbox"/> Enfermero psiquiátrico (PNP)	Fecha:
Firma del testigo interno (si el paciente está de acuerdo pero elige no firmar):		Fecha:

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE ALAMEDA
 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (9 CCR Secciones 784.29 y 851)
 Página 1 de 2

Esta no es una lista completa de los posibles efectos secundarios y riesgos relacionados con cada medicamento. Consulte a un profesional de atención de la salud para obtener información adicional. Hable con su médico sobre las maneras de prevenir o manejar todos los efectos secundarios.

Efectos secundarios comunes para todos	Cómo prevenir o manejar los probables efectos secundarios
Malestar estomacal	Tome el medicamento con la comida, salvo que el médico indique lo contrario.
Estreñimiento o diarrea	Beba mucha cantidad de agua, realice actividad física y coma alimentos con alto contenido de fibras (p. ej.: frutas y verduras, granos enteros, avena y otros).
Boca seca	Beba mucha cantidad de agua, coma un refrigerio saludable o coma un caramelo sin azúcar.
Somnolencia o fatiga	Pregúntele a su médico si puede tomar los medicamentos a la hora de acostarse.
Dolor de cabeza	Generalmente, se va en pocos días. Beba agua y hable con su médico si el dolor de cabeza no desaparece.

Medicamento o clase	Probables efectos secundarios	Posibles efectos secundarios a largo plazo (más de 3 meses)
<input type="checkbox"/> Antipsicóticos	Espasmos musculares, agitación, aumento de peso, aumento del nivel de azúcar en sangre o colesterol. Mujeres: aumenta una hormona que puede derivar en la pérdida del ciclo menstrual o en la producción de leche. Hombres: aumenta una hormona que puede derivar en el aumento del tejido graso o la disminución del deseo sexual.	Movimientos repetidos de los músculos de la cara, boca, brazos, piernas o torso que pueden aparecer después de la interrupción del ansiolítico.
<input type="checkbox"/> Antidepresivos	Nerviosismo temporal cuando comienza a tomar el medicamento o con el aumento de una dosis. Si interrumpe el medicamento repentinamente: síntomas gripales, zaps cerebrales o sensaciones de tipo <i>shock</i> eléctrico.	Hombres: retraso en la eyaculación. Mujeres: dificultad para tener un orgasmo.
<input type="checkbox"/> Estabilizadores del ánimo o Derivados del vaproato o Carbamazepina o Oxcarbazepina o Lamotrigina	Sarpullido, mareos, inestabilidad, visión doble o borrosa, aumento de peso	Recuento sanguíneo o nivel de sodio anormales, pérdida del ciclo menstrual, pérdida del cabello o aumento del vello corporal.
<input type="checkbox"/> Estabilizadores del ánimo o Litio	Aumento de sed y orina, acné y temblores.	Disminución en la función tiroidea o renal.
<input type="checkbox"/> Psicoestimulantes	Taquicardia, ansiedad, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad, problemas para quedarse dormido.	Retraso del crecimiento, disminución del deseo sexual.
<input type="checkbox"/> Agentes para el trastorno del sueño, la ansiedad o los EPSE		
o Benzodiazepina o Nonbenzodiazepina (fármaco Z)	Debilidad o fatiga, inestabilidad, mareos, efectos de resaca, riesgo de caídas, sueños inusuales, comer o conducir estando dormido.	Dificultades relacionadas con la memoria, dependencia.
o Buspirona	Mareos, sensación de nerviosismo o inquietud, dificultad para dormir, confusión, visión borrosa.	Bien tolerado.
o Gabapentina o Pregabalina	Fatiga, mareos, visión borrosa.	Cambio en el peso, inflamación en las piernas.
o Hidroxicina o Difenhidramina o Benzotropina	Marcos, fatiga, somnolencia, dificultad para concentrarse, visión doble o borrosa, dificultad para orinar.	Dificultades para recordar o pensamientos confusos.
o Propranolol	Fatiga, mareos y disminución en la presión arterial y el ritmo cardíaco.	Disminución en la presión arterial y el ritmo cardíaco.

<input type="checkbox"/> Otro medicamento ¿Ofreció hojas informativas adicionales sobre el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí, se ofreció al paciente <input type="checkbox"/> Sí, el paciente se negó		
Nombres de los medicamentos:	Probables efectos secundarios	Posibles efectos secundarios a largo plazo (más de 3 meses)

Iniciales del paciente o representante:	Iniciales del médico:
---	-----------------------