



Consentimiento informado para tratar con medicamentos

Yo, _____, Por la presente, autorizo a mi proveedor que trabaja para BOSC Mental Health a recetar los siguientes medicamentos:

Entiendo que la razón por la cual este/estos medicamentos están siendo recetados es para tratar mi enfermedad. Además, al firmar este Formulario de consentimiento, confirmo que mi proveedor me ha informado sobre la naturaleza del tratamiento, el tipo de medicamento que estoy tomando y cualquier riesgo posterior o efecto secundario asociado con este/estos medicamentos. También confirmo que entiendo los riesgos y efectos secundarios asociados con este/estos medicamentos.

Marque y ponga sus iniciales en una opción a continuación:

Soy alérgico a: _____

_____ Iniciales

No tengo alergias

_____ Iniciales

Pacientes de sexo femenino:

Sí, estoy embarazada. Mi proveedor me informó sobre los riesgos potenciales para mí y para mi bebé en desarrollo, recién nacido o amamantado que pueden ocurrir debido a la toma de este/estos medicamentos durante el embarazo/la lactancia. Mi proveedor explicó que me derivarán a mi ginecólogo en este momento para recibir atención psiquiátrica continua junto con mi atención de maternidad. Una vez que dé a luz a mi bebé, regresaré a BOSC Mental Health para recibir atención psiquiátrica continua.

No, no estoy embarazada. Entiendo que tomar estos medicamentos puede conllevar un riesgo de daño para un bebé en desarrollo, recién nacido o amamantado. Acepto discutir cualquier plan para el embarazo con mi proveedor tan pronto como sea posible, si corresponde.

Entiendo que no se me obligará a tomar este/estos medicamentos y que puedo interrumpir este/estos medicamentos en cualquier momento. Sin embargo, también entiendo que si dejo de tomar este/estos medicamento(s) puedo experimentar efectos secundarios graves y, por lo tanto, no debo dejar de tomar el medicamento sin el conocimiento y la participación activa de mi proveedor que me receta.

MEDICAMENTOS FUERA DE LA ETIQUETA: Los medicamentos fuera de la etiqueta se definen como: El uso de un medicamento para tratar una afección o síntomas específicos, aunque el medicamento no esté específicamente aprobado para hacerlo por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA).

ADVERTENCIA DE CAJA NEGRA: Las advertencias de caja negra se definen como: La advertencia más estricta que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE.

Mi firma debajo indica que:

1. Comprendo el contenido de este comunicado así como mis derechos con respecto a aceptar o rechazar cualquier medicamento sugerido para tratar mi enfermedad. Este formulario de consentimiento fue discutido conmigo en detalle y todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.
2. También se discutió la naturaleza y el fundamento del tratamiento con este/estos medicamentos, la explicación de los posibles efectos secundarios (incluidas las advertencias de recuadro negro) y si este/estos medicamentos se prescriben para uso "FUERA DE LA ETIQUETA" y No tengo mas preguntas. Firmar indica que creo que los beneficios del tratamiento son mayores que los riesgos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Firma del padre / encargado: _____

Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal