Autorización General para Tratamiento Excepto la Administración de Psicofármacos

Yo, el abajo firmante, un ☐ adulto competente, ☐ curador, ☐ representante de curador, o ☐ responsable/apoderado para la atención médica, por el presente autorizo al personal profesional de esta institución a administrar la evaluación y el tratamiento especificados a continuación.

☐ Atención médica de rutina _____ (Iniciales de la persona o persona autorizada a tomar decisiones)

☐ Evaluación Psiquiátrica _____ (Iniciales de la persona o persona autorizada a tomar decisiones)

☐ Otros (Especificar y proporcionar iniciales) _____

_____

_____

Entiendo que se me proporcionará más información antes de solicitar mi consentimiento informado para la administración de cualquier psicofármaco.

Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en forma oral o escrita con antelación o durante el tratamiento.

He leído y recibido una explicación completa de esta información y he tenido la oportunidad de formular preguntas y de recibir respuestas sobre el tratamiento.

_____	_____	_____ a.m. p.m.
Firma del Adulto Competente	Fecha	Hora
_____	_____	_____ a.m. p.m.
Firma del Testigo de la Persona	Fecha	Hora
_____	_____	_____ a.m. p.m.
Firma de: (marcar la opción que corresponda)	Fecha	Hora

☐ Curador ☐ Representante de Curador
☐ Responsable para la Atención Médica ☐ Apoderado para la Atención Médica

En caso de ser el representante de curador, el responsable para la atención médica o el apoderado para la atención médica de la persona, certifico que conocí y hablé con la persona y el médico de la persona en forma personal, de ser posible, y en caso contrario, por teléfono, sobre el tratamiento propuesto antes de firmar este formulario.

Hablé con la persona el:_____(fecha) ☐En persona ☐Por teléfono. En caso de no ser en forma personal, explique los motivos _____

Hablé con el médico de la persona el: _____(fecha) ☐ En persona ☐Por teléfono. En caso de no ser en forma personal, explique los motivos. _____

	_____	_____ a.m. p.m.
Firma del: (marcar la opción que corresponda)	Fecha	Hora

☐ Curador ☐ Representante de Curador
☐ Responsable para la Atención Médica ☐ Apoderado para la Atención Médica

_____	_____	_____ a.m. p.m.
Firma del Testigo para la Persona Sustituta para Tomar Decisiones	Fecha	Hora

Siempre se requerirá que la persona firme este formulario de autorización. Sin embargo, si la persona es menor de edad, discapacitada o incompetente para autorizar el tratamiento, se requerirá el consentimiento de su curador, representante de curador, o responsable/apoderado para la atención médica. Las órdenes judiciales, las cartas de designación de curador, o las directivas anticipadas deben permanecer en la historia clínica si no es la persona la que firma el consentimiento para el tratamiento. El curador, el representante de curador o el responsable/apoderado para la atención médica deben acordar mantener a la institución informada sobre su paradero durante la hospitalización.

Ver Art. 394.459(3), Leyes de Florida