Autorización Específica para la Administración de Psicofármacos

El análisis de la administración de psicofármacos debe realizarse en el contexto de la historia clínica de la persona y el régimen general de medicamentos actual.

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 este establecimiento a administrar tratamiento, limitado a medicamentos para la salud mental, de la siguiente manera: _____

_____

_____

He recibido información detallada sobre:

1. Los medicamentos propuestos y la dosis y la frecuencia;
2. El objetivo de mi tratamiento;
3. Los efectos secundarios frecuentes a corto y largo plazo de los medicamentos propuestos, inclusive las contraindicaciones y las interacciones clínicamente significativas con otros medicamentos;
4. Los medicamentos alternativos;
5. La duración aproximada de la atención

Asimismo, entiendo que un cambio en la dosis de la medicación con respecto a la mencionada anteriormente o en el adjunto requerirá mi consentimiento expreso e informado.

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

A esta autorización se adjunta la información en la que he confiado para tomar la decisión de consentir el tratamiento, inclusive la plena divulgación de cada uno de los temas anteriores, y está firmada por mí. He leído y recibido una explicación completa de esta información y he tenido la oportunidad de formular preguntas y recibir respuestas sobre el tratamiento.

_____	_____	_____ a.m. p.m.
Firma de la Persona	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 de: (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 conservarse 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. Las instituciones pueden crear sus propios formularios de información o utilizar formularios comercialmente preparados, pero, en cualquiera de los casos, el material debe incluir todos los elementos reglamentariamente necesarios.

Ver Art. 394.459(3), Leyes de Florida