

## Recomendación y autorización para medicamentos psicotrópicos para niños de crianza temporal

Fecha de la cita:

### Sección A - Recomendación de medicamentos psicotrópicos: (para que lo complete el profesional médico autorizado y que lo revisen con los padres)

**Identifying information:**

Nombre del menor:	Número del TIPS del menor
-------------------	---------------------------

Proveedor de atención médica que receta:	Teléfono del proveedor:
--	-------------------------

**Información clínica: (para que lo complete el profesional médico autorizado)**

Diagnósticos médicos simultáneos, recetas y alergias a medicamentos:

Todos los diagnósticos de salud mental:

**Todos los medicamentos psicotrópicos actuales:**

Medicamento/dosis/ programa de administración	Medicamento/dosis/ programa de administración	Medicamento/dosis/ programa de administración

Medicamento psicotrópico discontinuado:

**Nuevos medicamentos y recomendaciones:**

Nombre del medicamento:	Dosis/ruta/frecuencia de administración:
Síntomas objetivo del tratamiento:	Posibles efectos secundarios o interacciones con medicamentos con otros medicamentos:
Pruebas/procedimientos/exámenes de laboratorio necesarios antes/durante el régimen de medicamentos:	Resultados de los tratamientos alternativos::
Tratamientos alternativos que se intentaron:	Posibles efectos secundarios revisados con el cuidador de crianza temporal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Posibles efectos secundarios revisados con el menor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de los cuidadores de crianza temporal: Fecha de revisión:

Nombre del medicamento:	Dosage/route/frequency of administration:
Síntomas objetivo del tratamiento:	Potential side effects or drug interactions with other medicines:
Pruebas/procedimientos/exámenes de laboratorio necesarios antes/durante el régimen de medicamentos:	Resultados de los tratamientos alternativos:
Tratamientos alternativos que se intentaron:	Posibles efectos secundarios revisados con el cuidador de crianza temporal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Posibles efectos secundarios revisados con el menor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de los cuidadores de crianza temporal: Fecha de revisión:

\_\_\_\_\_  
Firma: (profesional médico autorizado que receta)

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**Sección B – Aviso: (para que lo complete el trabajador del caso)**

A los padres se les avisó de los medicamentos psicotrópicos recomendados, la dosis y frecuencia de administración recomendadas, los síntomas del menor a los que iba dirigido el tratamiento con el medicamento y los posibles efectos secundarios:  Sí  No

Fecha en la que se le avisó:

Comentarios de los padres:

**Sección C – Evaluación de salud mental del menor o adulto joven e información de la colocación:  
(para que lo complete el trabajador del caso)**

**Obligatorio - Se debe completar una evaluación de salud mental (BH-1) antes de que se recete cualquier medicamento psicotrópico nuevo o cualquier medicamento antipsicótico.**

Fecha de la evaluación/actualización de salud mental más reciente:

**Necesidad médica urgente del medicamento psicotrópico recomendado actualmente:**

Fecha en la que comenzó el episodio de la necesidad urgente: \_\_\_\_\_

Describa la necesidad médica urgente: *(incluya la información sobre cualquier centro de tratamiento o profesional de atención médica autorizado que presta la atención):*

**Entorno de colocación:**

Colocación:  Familiar/amigo de la familia  Familia de crianza temporal  Residencial  
 Hospital/Psiquiátrico o médico  Otro \_\_\_\_\_  
**(círcule uno) (especifique)**

**Sección D – Administración de medicamentos psicotrópicos:  
(para que lo complete el padre/madre, tutor legal o custodio legal)**

Firmando abajo, reconozco que la autorización para la administración de \_\_\_\_\_  
**(nombre de los medicamentos)**

la dio:

Consentimiento de los padres/tutor legal  
 Tratamiento ordenado por el tribunal  
 Consentimiento del custodio legal *(cuando se hayan terminado los derechos de los padres/y cuando no se pueda identificar o encontrar a los padres)*

para que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nombre del menor) reciba los medicamentos que se mencionan arriba, según lo recomiende su proveedor de atención médica autorizado. Se debe volver a obtener la autorización en seis meses, el o antes del \_\_\_\_\_ (especifique la fecha).

*Nota: Tan pronto como se identifique o encuentre a los padres, se debe obtener la autorización inmediatamente.*

**O**

Firmando abajo, **deniego** la autorización para que \_\_\_\_\_ **(nombre del menor)** reciba los medicamentos que recomienda su proveedor de atención médica. Motivo por el que se denegó el consentimiento: **(si se deniega el consentimiento, se debe dar el motivo abajo).**

Firma del padre/madre del menor, del tutor legal o del custodio legal  
(adjunte una orden del tribunal si lo autoriza el tribunal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Escriba en letra de molde el nombre del trabajador del caso de DCFS del menor:

Correo electrónico del trabajador del caso de DCFS:

Dirección de la oficina del trabajador del caso de DCFS:

Teléfono del trabajador del caso de DCFS: