



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
**Consentimiento Informado de Medicamento
 Psicotrópico**

Fecha de la cita _____ No. de identificación TFACTS _____ Condado _____

Nombre del niño _____ Fec. de Nac. _____

Colocación Casa hogar Centro de atención institucional Nombre del centro _____

El niño ingresa a la custodia con los medicamentos enumerados a continuación

POR FAVOR ADJUNTE EL FORMULARIO CS-0629, EVALUACIÓN DE MEDICAMENTO PSICOTRÓPICO, O EL FORMULARIO EQUIVALENTE

Medicamento (dosis, frecuencia, vía)

Para el tratamiento de _____

Alergias _____

Otro medicamento que el niño está tomando _____

Nombre del proveedor que receta _____ Número de teléfono _____

Nombre de la clínica _____

Dirección _____

He sido informado de la recomendación que el medicamento debe recetarse como parte del programa de tratamiento para mí/mi hijo. He sido informado de la naturaleza de mi condición/de mi hijo, los riesgos y beneficios del tratamiento con el medicamento anterior, de otras formas de tratamiento, así como los riesgos de la ausencia de tratamiento. Mi firma abajo indica que he recibido información que explica los efectos secundarios más comunes de este/estos medicamento(s), pero entiendo que puede haber otros efectos secundarios.

Entiendo que el medicamento es sólo un aspecto del tratamiento general para mí/mi hijo, y que el éxito y la mejora depende de mi participación activa en todos los aspectos del plan de tratamiento desarrollados para mí/mi hijo. También entiendo que, si bien se espera que este medicamento sea útil en el tratamiento de mi condición/la condición de mi hijo, no hay garantía absoluta en cuanto a los resultados.

Mujeres: Debido a que este/estos medicamento(s) podrían ser perjudiciales para el feto en desarrollo, notificaré al personal médico de inmediato si sospecho que estoy embarazada o tengo planes de quedar embarazada.

ESTE FORMULARIO SÓLO PUEDE SER FIRMADO POR EL PADRE/LA MADRE/TUTOR, JOVEN DE 16 AÑOS EN ADELANTE (a discreción del proveedor que receta) O EL/LA Enfermero(a) REGIONAL DE DCS

En base en la información que se me proporcionó:

Doy **AUTORIZACIÓN / CONSENTIMIENTO** para la administración de los medicamentos antes mencionados.

RECHAZO permitir la administración de los medicamentos antes mencionados.

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización. Distribución: Expediente de hogar de grupo del niño CS-0627-SP

RDA 2875

Firma, jóvenes de 16 años o más _____

Fecha _____

Firma, padre/tutor legal _____

Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Relación _____

Testigo 1 de consentimiento verbal _____

Fecha _____

Testigo 2 de consentimiento verbal _____

Fecha _____

Motivo por el que el padre no puede firmar:

Enfermera de DCS _____

Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Región _____

He sido **NOTIFICADO** que el consentimiento fue otorgado por DCS para los medicamentos antes mencionados.

Firma, padre/tutor legal _____

Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Relación _____