



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 \_\_\_\_\_