



Evaluación de medicamentos psicotrópicos

Nota: Llene este formulario en cada cita de evaluación de medicamentos. Los proveedores de atención médica pueden proporcionar su propia documentación con respecto a la información contenida en este formulario.

Si se receta un nuevo medicamento psicotrópico, se debe firmar un Consentimiento Informado y enviarse a la unidad médica de DCS.

Fecha de la cita _____	ID del Sistema de Registros Electrónicos _____
Nombre del menor _____	Fec. de Nac. _____
Condado _____	Nombre del FSW _____
Nombre del proveedor _____	Teléfono _____
Nombre de la clínica _____	
Dirección _____	

Diagnóstico DSM-V	
Síntomas	
Otros tratamientos	

Medicamentos actuales y descontinuados (nombre, dosis, frecuencia, vía y número de resurtidos). Si se prescribe un nuevo medicamento, se debe adjuntar el formulario **CS-0627, Consentimiento Informado para Medicación Psicotrópica**.

1	No. de resurtidos
☐ Aumentar ☐ Disminuir ☐ Descontinuado ☐ Sin cambios ☐ Nuevo- Adjuntar Formulario de Consentimiento Informado	
2	No. de resurtidos
☐ Aumentar ☐ Disminuir ☐ Descontinuado ☐ Sin cambios ☐ Nuevo- Adjuntar Formulario de Consentimiento Informado	
3	No. de resurtidos
☐ Aumentar ☐ Disminuir ☐ Descontinuado ☐ Sin cambios ☐ Nuevo- Adjuntar Formulario de Consentimiento Informado	
4	No. de resurtidos
☐ Aumentar ☐ Disminuir ☐ Descontinuado ☐ Sin cambios ☐ Nuevo- Adjuntar Formulario de Consentimiento Informado	
5	No. de resurtidos
☐ Aumentar ☐ Disminuir ☐ Descontinuado ☐ Sin cambios ☐ Nuevo- Adjuntar Formulario de Consentimiento Informado	

¿Razón por la que el medicamento se detuvo? _____

¿Motivo de los cambios? _____

Reciente Altura: _____ Reciente Peso: _____ Pulso: _____ Presión Arterial: _____

¿Pruebas de laboratorio? ☐ No ☐ Sí (explique) _____

¿Otras pruebas de diagnóstico? ☐ No ☐ Sí (explique) _____

Próxima cita _____

Firma del proveedor _____ Fecha _____

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Coordinador de SAT, expediente de caso del niño/joven, expediente médico

CS-0629-SP

Rev. 03/25

El formulario completado se envía a la Unidad de Salud del DCS correspondiente.

☐	Condados del centro del estado: Sumner, Macon, Trousdale, Jackson, Smith, Williamson, Davidson, Rutherford, Cannon, Marshall, Bedford, Coffee, Lincoln, Moore.	227 French Landing Drive Second Floor Nashville, TN 37228 Teléfono: 615-253-1963 615-350-4113 Fax: 615-524-3077 EI_DCS.ChildHealth_DV_Fax@tn.gov	☐	Oeste Condados: Lake, Obion, Weakley, Dyer, Gibson, Crockett, Lauderdale, Tipton, Haywood, Shelby, Fayette, Hardeman, McNairy.	One Commerce Square 40 South Main, Suite 600 Memphis, TN 38103 Teléfono: 901-305-4299 Fax: 901-745-7154 EI_DCS.ChildHealth_SH_Fax@tn.gov
☐	Medio-Oeste Condados: Henry, Stewart, Montgomery, Robertson, Houston, Carroll, Benton, Humphreys, Dickson, Cheatham, Madison, Henderson, Decatur, Perry, Hickman, Lewis, Maury, Williamson, Chester, Hardin, Lewis, Wayne, Lawrence, Giles.	1400 College Park, #A Columbia, TN 38401 Teléfono: 931-490-6028 Fax: 931-646-3104 EI_DCS.ChildHealth_SC_Fax@tn.gov	☐	Valle de Tennessee Condados: Clay, Pickett, Overton, Dekalb, Putnam, White, Cumberland, Warren, Van Buren, Bledsoe, Rhea, Grundy, Franklin, Marion, Hamilton, Sequatchie.	5600 Brainerd Rd. #602 C Chattanooga, TN 37411 Teléfono: 423-296-2276 Fax: 423-585-3416 EI_DCS.ChildHealth_TV_Fax@tn.gov
☐	Este Condados: Fentress, Scott, Campbell, Claiborne, Union, Knox, Morgan, Anderson, Roan, Loudon, McMinn, Monroe, Polk, Bradley, Meigs.	2600 Western Ave. Knoxville, TN 37921 Teléfono: 865-329-8879 Celular: 865-617.7072 Fax: 865-594-2624 EI_DCS.ChildHealth_KX_Fax@tn.gov	☐	Condados del noreste: Blount, Sevier, Cocke, Jefferson, Hamblen, Carter, Greene, Hancock, Hawkins, Grainger, Johnson, Sullivan, Unicoi, Washington.	2555 Plymouth Rd. Johnson City, TN 37601 Teléfono: 423-979-5228 Fax: 423-585-3410 EI_DCS.ChildHealth_NE_Fax@tn.gov

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Coordinador de SAT, expediente de caso del niño/joven, expediente médico

CS-0629-SP

Rev. 03/25