



Consentimiento para el tratamiento – Sage Elevate

Nombre del paciente : _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Consentimiento Expreso e Informado por Escrito: El tratamiento requiere el consentimiento expreso e informado por escrito según la ley de Florida, de conformidad con el Estatuto de Florida §916.107, lo que significa el derecho del paciente a estar plenamente informado y a tomar una decisión voluntaria. El medicamento no se utilizará como restricción química, lo cual está explícitamente prohibido según el Código Administrativo de Florida, Regla 65C-35.002(4), que prohíbe estrictamente el uso de medicamentos como restricción química.

Finalidad del Tratamiento:

Entiendo que estoy recibiendo un medicamento para la salud conductual mediante inyección como parte de mi tratamiento. plan. El propósito de este medicamento es ayudar a controlar síntomas como cambios de humor, ansiedad, psicosis u otros problemas de salud conductual.

Naturaleza del tratamiento:

Me han informado que:

- Mi tratamiento puede implicar medicamentos inyectables de acción prolongada (LAI) administrados en un músculo o debajo de la piel.
- Estos medicamentos se liberan lentamente con el tiempo y no pueden eliminarse rápidamente de mi cuerpo una vez dado.
- Mi proveedor me ha explicado el nombre de mi medicamento, su propósito, cómo se administrará y con qué frecuencia se requiere.
- Mi proveedor me ha explicado si el medicamento es experimental o conlleva riesgos irrazonables, y confirmo que dichos riesgos se han discutido con mi proveedor.
- Mi proveedor me ha explicado las opciones de tratamiento alternativas que se consideraron o discutieron.
- Mi proveedor ha revisado conmigo mi historial médico para detectar contraindicaciones antes de recetarme Este medicamento para la salud conductual se administra mediante inyección.
- Mi proveedor me ha explicado mi derecho a rechazar el tratamiento.

Los beneficios potenciales pueden incluir:

- Mejor control de los síntomas.
- Reducción de la necesidad de medicación diaria .
- Mejora la consistencia del tratamiento.

Los posibles riesgos y efectos secundarios pueden incluir (entre otros):

- Dolor, enrojecimiento, hinchazón o hematomas en el lugar de la inyección.
- Reacciones alérgicas.
- Cambios de peso, cambios de humor o de energía.
- Efectos secundarios relacionados con el movimiento (como rigidez muscular, temblores o inquietud).
- Cambios en el azúcar en la sangre, el colesterol o las hormonas.
- Reacciones raras pero graves (el proveedor analizará los riesgos específicos de mi medicamento).

Mis responsabilidades:

Estoy de acuerdo con:

- Informar a mi proveedor sobre cualquier efecto secundario, inquietud o nueva condición de salud, lo antes posible y antes de cada tratamiento, lo cual es fundamental para mi tratamiento y cuidado continuo.
- Cumplir con mis citas programadas o avisar a la clínica si no puedo asistir.
- Seguir mi plan de tratamiento según lo acordado con mi proveedor.
- Si experimento una reacción grave o una emergencia médica, entiendo que debo llamar al 911 o acudir al servicio de urgencias más cercano. Para casos que no sean de emergencia, me comunicaré con Sage Elevate al 813-683-5963.

Preguntas:

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi medicación, sus riesgos y alternativas. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Consentir:

Al firmar a continuación, reconozco que:

- Comprender el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas de mi tratamiento.
 - Consentimiento para recibir inyecciones de salud conductual como parte de mi plan de tratamiento.
- Entiendo que puedo retirar o rechazar mi consentimiento en cualquier momento, lo que puede afectar mi tratamiento.

Certificación del proveedor:

- Todas estas divulgaciones, incluido el nombre del medicamento, el propósito, la dosis, la vía de administración, la frecuencia, se revisaron las alternativas y los riesgos con el paciente y se aseguró su comprensión.
- Confirmado. Inicial del proveedor.

Confirmo que he leído y comprendido este formulario de consentimiento, que he tenido la oportunidad de preguntar preguntas, y que firmo voluntariamente.

Firma del paciente:

Fecha: _____

Firma del proveedor:

Fecha: _____

Firma del testigo:

Fecha: _____