

Servicios de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TERAPIA DE INYECCION

El propósito de este formulario de consentimiento informado es proporcionar documentación escrita de que se produjo una discusión entre usted y su prescriptor y su personal médico con licencia designado con respecto a los riesgos, beneficios y alternativas a la terapia de inyección para que pueda tomar una decisión informada sobre si aceptará esta inyección.

Su médico/enfermero practicante, le ha recomendado que lo traten con los siguientes medicamentos inyectables.

- Sublocade
- Vivitrol
- Invega Sustenna
- Invega Trinza
- Abilify Maintena
- Risperdal Consta
- Perser
- Other:

Su médico / enfermera practicante, y su personal médico con licencia designada, han discutido la siguiente información conmigo:

1. Todos los tratamientos de inyección se acompañan de posibles riesgos
2. En casi todos los casos, la terapia de inyección se considera segura, mínimamente invasiva con un riesgo mínimo de complicaciones.
3. Todos los tratamientos de inyección tienen la posibilidad de experimentar cualquiera de los siguientes:
 - * Malestar
 - * Moretones, enrojecimiento, hinchazón o irritación en el lugar de la inyección
 - * Dolor o entumecimiento temporal alrededor del lugar de la inyección
 - * Inflamación, infección, reacción alérgica, debilidad o parálisis
 - * Mareos, sensación de aturdimiento, desmayo también pueden ocurrir durante o después de la inyección
 - * Sangrado, ampollas, erupción cutánea
 - * El área puede sentirse dura
 - * Lesión a los nervios, músculos o vasos sanguíneos en o alrededor del sitio de inyección
 - * Desmayos o pérdida del conocimiento durante el procedimiento
 - * En raras ocasiones, una reacción alérgica

También se le ha informado que pueden ocurrir otras complicaciones imprevisibles, pero no espere que el médico / enfermera practicante y su personal médico con licencia designada, puedan anticipar y / o explicar todos los riesgos y posibles complicaciones.

Usted confía en su médico / enfermera practicante y su personal médico con licencia designada para ejercer un buen juicio durante el curso del tratamiento con respecto a recibir esta inyección.

ATESTACION:

H personal médico con licencia designada me han explicado adecuadamente el procedimiento para que lo entienda completamente. No hay garantía de que el procedimiento de inyección exitoso haya sido implícito.

Entiendo que tengo derecho a dar mi consentimiento, rechazar esta inyección antes de su administración o retractarme de mi consentimiento en cualquier momento durante mi tratamiento.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario de consentimiento previa solicitud.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de discutir la naturaleza y el propósito del tratamiento, los métodos alternativos de tratamiento; y los riesgos, complicaciones y consecuencias asociados con la administración de la inyección.

Reconozco además que todas las preguntas que tenga sobre el procedimiento han sido respondidas a mi satisfacción y que se me ha dicho además que cualquier pregunta adicional que pueda tener sería respondida.

Mi firma en este formulario afirma que doy permiso para que mi médico / enfermera practicante y su personal médico con licencia designada administren la inyección ya que él / ella siente que es necesaria y he dado mi consentimiento para recibir esta inyección.

Name:
Type: SP BH Consent Injection Therap

Case#:

Page: 3 of 3
Date:

Signatures

Signature	Signature Line Heading	Printed Name	Date
	Client		
	Parent/Legally Resp. Person		
	Staff		