

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS



Cliente Nombre:  Fecha de nacimiento:

Ubicación de Options:  ▼

## Evaluación y tratamiento asistido con medicación

Autorizo al personal de Options Counseling & Family Services a llevar a cabo una evaluación psiquiátrica y a administrar medicación pertinente para tratar mi afección de salud del comportamiento. Esta solicitud de servicios psiquiátricos en Options es voluntaria. Comprendo que puedo hacer preguntas sobre mi tratamiento en cualquier momento. Comprendo que puedo detener mi tratamiento en cualquier momento.

Entiendo que la administración de medicación es un servicio especializado que se proporciona mientras estoy recibiendo tratamiento de salud mental. Cuando se me dé el alta del tratamiento de salud mental y/o se haya estabilizado mi medicación, mi proveedor transferirá la indicación de mis medicamentos recetados a mi proveedor de atención primaria.

Comprendo que todos los servicios tienen como objetivo tratar una condición de salud del comportamiento identificada y que se espera que los servicios me ayuden a mejorar la afección de salud del comportamiento identificada. Entiendo que los servicios y la asistencia que me ofrecen se encuentran en función de mis necesidades médicas y conducta de salud del comportamiento específica.

Al firmar con mis iniciales acepto que he leído y que entiendo esta sección:

## Administración de los medicamentos recetados

Al colaborar con mi proveedor acepto tomar los medicamentos que me receta. Informaré a mi proveedor sobre cualquier cambio en mis hábitos sobre el consumo de sustancias, suplementos o cualquier otro producto que pueda afectar el modo en que mi cuerpo procesa los medicamentos que me recetan.

Informaré a mi proveedor sobre cualquier medicamento recetado a través de programas alternativos.

Contactaré a mi proveedor de inmediato si tengo algún efecto secundario nuevo o si mis efectos secundarios empeoran.

Mi proveedor puede solicitarme pruebas de laboratorio, como análisis de orina y extracciones de sangre, antes de recetarme un medicamento. Comprendo que deberé realizar estas pruebas de laboratorio. Mi proveedor analizará los resultados de laboratorio antes de iniciar o continuar mi tratamiento farmacológico.

Al firmar con mis iniciales acepto que he leído y que entiendo esta sección:

## Solicitud para reabastecimiento de medicamentos

Cuando sea posible, Options utilizará un sistema electrónico para recetar algunos medicamentos controlados. Todas las recetas de sustancias controladas se envían de manera directa a la farmacia que usted prefiera.



Indique una farmacia.

Mis medicamentos recetados serán reabastecidos al momento de mi cita médica o poco tiempo después. Entiendo que no todos los proveedores de servicios psiquiátricos trabajan todos los días de la semana. Si necesito reabastecerme de un medicamento recetado y no tengo programada una cita, debo llamar a mi farmacia para solicitar el reabastecimiento y esperar, al menos, cinco días hábiles para que me entreguen el medicamento recetado.

Para los medicamentos controlados que requieren recetas médicas impresas, me comunicaré de manera directa con la oficina de mi proveedor de servicios psiquiátricos para solicitar una receta nueva. Es posible que deba esperar hasta cinco días hábiles para que me entreguen la receta médica impresa.

Al firmar con mis iniciales acepto que he leído y que entiendo esta sección:

Iniciales del/la paciente  Nombre:

### Medición de los resultados

A fines de monitorear y mejorar los servicios, entiendo que se me puede pedir que responda un cuestionario relacionado con mis síntomas y cómo siento que avanza mi tratamiento. La información de los cuestionarios puede ayudarme a mí y a mi proveedor a controlar el avance y a hacer ajustes en mi medicación, si fuera necesario. Comprendo que mi información personal se catalogará como estrictamente confidencial. Entiendo que puedo negarme a participar en cualquier momento.

Al firmar con mis iniciales acepto que he leído y que entiendo esta sección:

Iniciales del/la paciente  Nombre:

### Telemedicina

Acepto recibir servicios de telemedicina y autorizo al personal de Options Counseling & Family Services a brindarme servicios médicos mediante medios electrónicos a través de un equipo de videoconferencia interactiva. También entiendo que, en este momento, no se conocen riesgos relacionados con recibir atención de esta manera. Se me explicará el proceso y podré ver el equipo antes de participar en cualquier servicio. Reconozco que mi participación en la telemedicina es voluntaria y entiendo que tengo el derecho de rechazar el tratamiento o de suspenderlo en cualquier momento. El rechazo o la suspensión del tratamiento puede afectar mi estado, puede empeorar, permanecer igual o mejorar.

Al firmar con mis iniciales acepto que he leído y que entiendo esta sección:

Iniciales del/la paciente  Nombre:

Mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas. Comprendo que la posibilidad de que una videoconferencia sea interceptada por terceros es similar a la posible interceptación de una llamada telefónica. Mientras reciba servicios mediante la telemedicina, se me notificará quién está en la sala en el sitio remoto. Los proveedores de atención médica, tanto en mi ubicación como en el sitio de vídeo remoto, tendrán acceso a mi información médica relevante, lo que incluye cualquier información psiquiátrica o psicológica, antecedentes de abuso de sustancias e historial de salud mental.

Al firmar con mis iniciales acepto que he leído y que entiendo esta sección:

Iniciales del/la paciente  Nombre:

Mi firma indica que he leído y que comprendo/estoy de acuerdo con las políticas establecidas, las cuales se utilizarán mientras esté recibiendo servicios farmacológicos, o bien, mientras mi familiar esté recibiendo servicios farmacológicos.

X

---

# Signature Certificate

Document name: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS  
PSIQUIÁTRICOS

Unique Document ID: AAC254F676E5A4FC2BDFD63783BA82C2A975E258

LEGALLY SIGNED USING  
**WP**esignature  
Build. Track. Sign Contracts.

## Timestamp

## Audit

April 29, 2020 2:10 pm PST

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS  
PSIQUIÁTRICOS Uploaded by Adam Falk -  
adam.falk@options.org IP 69.1.101.108

April 29, 2020 2:19 pm PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by  
Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient  
Ip: 50.240.25.195

May 26, 2020 7:34 am PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by  
Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient  
Ip: 50.240.25.195

October 28, 2020 1:48 pm  
PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by  
Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient  
Ip: 108.174.191.234

October 30, 2020 10:37 am  
PST

Options Intake - intake@options.org added by Adam  
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:  
108.174.191.234

September 29, 2021 1:20 pm  
PST

Options Intake - intake@options.org added by Adam  
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:  
206.192.252.48



This audit trail report provides a detailed record of the  
online activity and events recorded for this contract.

Page 4 of 4