

Consent to Receive Antipsychotic Medications

To: _____
(name of patient)

Your attending physician, (physician name) _____, has recommended that you be treated with this antipsychotic medication: _____

The hospital needs to maintain a written record of your decision to consent to the administration of this medication. You may be treated with antipsychotic medications only after you have been informed of your right to accept or refuse such medications. In order to allow you to make an informed decision, you must be provided with sufficient information by the physician prescribing such medications, which must include the following:

1. The nature of your mental condition;
2. The reasons for your taking the medication, including the likelihood of your improving or not improving without such medication;
3. The reasonable alternative treatments available, if any;
4. The name and type, range of frequency of administration, range of dosage amount (including use of PRN or "as needed" order), method of administration (oral or injection), and duration of taking the medications;
5. The probable side effects of these drugs known to commonly occur, and any particular side effects likely to occur in your particular case;
6. The possible additional side effects which may occur if you take such medication longer than three months. You should have been advised that such side effects may include persistent involuntary movement of the face or mouth or might at times include similar movement of the hands and feet, and that these symptoms of tardive dyskinesia are potentially irreversible and may appear after medications have been discontinued (your doctor will tell you if this possible side effect does not apply to the medication recommended for you).
7. You may refuse the medication. If you consent, you may withdraw it at any time by your stating such intention to any member of the treating staff.

Your physician is not the employee or agent of the hospital. He or she is an independent medical practitioner.

Your signature below constitutes your acknowledgment: (1) that you have read and agree to the foregoing; (2) that the medications listed above have been adequately explained and/or discussed with you by your supervising physician, and that you have received all of the information you desire concerning such medication and treatment; and (3) that you authorize and consent to the administration of such medications and treatment.

(over)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(*legal representative*)

Notations by physicians (if applicable): _____

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Reference: Title 9, California Code of Regulations, Sections 850-856

Consentimiento Para Recibir Medicamentos Antipsicóticos

Para: _____
(nombre del/de la paciente)

El médico que lo/la atiende (nombre del médico) _____, ha recomendado que usted reciba tratamiento con esta medicación antipsicótica: _____

El hospital debe mantener un registro escrito de su decisión de autorizar la administración de este medicamento. Puede recibir tratamiento con los medicamentos antipsicóticos únicamente después de que se le haya informado acerca de su derecho de aceptar o rechazar estos medicamentos. Para permitirle que tome una decisión informada, el médico que le receta estos medicamentos debe brindarle toda la información necesaria, la cual debe incluir lo siguiente:

1. La naturaleza de su enfermedad mental;
2. Los motivos por los cuales debe tomar los medicamentos, incluso la posibilidad de presentar una mejora o no sin estos medicamentos;
3. Los tratamientos alternativos razonables disponibles, si los hubiera;
4. El nombre y tipo de medicamento, la frecuencia de la administración, cantidad de dosis (incluido el uso de un pedido "según sea necesario" o PRN), método de administración (por vía oral o inyectable) y duración del tratamiento con el medicamento;
5. Los posibles efectos secundarios que habitualmente se presentan con estos medicamentos y cualquier otro efecto secundario que pueda presentarse en su caso en particular;
6. Los posibles efectos secundarios adicionales que pueden presentarse si toma este medicamento por más de tres meses. Es importante que le hayan informado que tales efectos secundarios pueden incluir: movimiento involuntario persistente en el rostro o en la boca o, en ocasiones, puede incluir movimientos similares en las manos y pies. También se le debe haber informado que estos síntomas de discinesia tardía posiblemente sean irreversibles y que pueden aparecer después de haber suspendido el tratamiento con el medicamento (su médico le dirá si este posible efecto secundario no se aplica al medicamento que le recomendaron).
7. Puede negarse a recibir el medicamento. Si da su consentimiento, puede retirarlo en cualquier momento. Para ello, debe avisarle a cualquier miembro del personal que lo atiende.

Su médico no es empleado o agente del hospital. Es un profesional de la salud independiente

Su firma a continuación confirma lo siguiente: (1) que leyó y está de acuerdo con lo que se menciona anteriormente; (2) que el médico que lo supervisa le explicó de manera adecuada todo sobre los medicamentos que se mencionan anteriormente, y que recibió toda la información relacionada con dicho medicamento y el tratamiento; y (3) que autorizó y dio su consentimiento para la administración de estos medicamentos y para el tratamiento.

(sobre)

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente/representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante legal*)

Anotaciones del médico (si corresponde): _____

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Reference: Title 9, California Code of Regulations, Sections 850-856