

Iowa Department of Health and Human Services
Consentimiento para tratamiento

Instituto de Salud Mental de Cherokee
Cherokee, Iowa

Otorgado por / o en nombre de:

Fecha:

El Instituto de Salud Mental brinda tratamiento activo a todos los pacientes que necesitan servicios psiquiátricos agudos. Mientras esté aquí, se le brindará tratamiento que incluye el uso de medicamentos, un programa de rehabilitación psiquiátrica, escuela para niños y adolescentes, planificación del alta y servicios de consejería en rehabilitación vocacional.

Este consentimiento autoriza al personal del Instituto de Salud Mental a realizar las intervenciones médicas que sean necesarias para la evaluación y el tratamiento, y a administrar los medicamentos que a su juicio sean necesarios para la evaluación y el tratamiento. Si en el momento de la admisión está tomando medicamentos, es posible que el médico del Instituto ordene la continuación y evaluación de esos medicamentos. Si se necesitan otros medicamentos en el momento de la admisión, se brindará educación sobre esos medicamentos. En el momento en que se inicie un plan de tratamiento, se le explicará su tratamiento, incluidos los medicamentos. Durante esta sesión de planificación del tratamiento, el equipo de tratamiento también analizará con usted los objetivos y la planificación del alta médica. No se hace ninguna promesa de resultado exitoso y los medicamentos no siempre producen el efecto deseado; además, es posible que se agreguen otros medicamentos en un momento posterior. En ese caso, se le informará de los cambios o adiciones recomendados.

En este hospital se utiliza la restricción y/o el aislamiento como tratamiento de último recurso y únicamente en situaciones de emergencia. Si usted se convierte en una persona de peligro para usted mismo o para los demás y todas las demás intervenciones —incluidas las recomendaciones sugeridas al momento de completar los formularios de ayuda para afrontar el tratamiento— fallan, es posible que deban aislarlo o restringirlo.

Me han explicado la filosofía de tratamiento y la política de restricción y aislamiento del Instituto de Salud Mental, y he recibido una copia de los documentos sobre los derechos del paciente que describen mis derechos y responsabilidades como paciente.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Tutor (si aplica): _____

Testigo: _____

Fecha: _____