



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO SOBRE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Yo, el abajo firmante, solicito voluntariamente y doy mi consentimiento para recibir evaluación, diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por parte del proveedor firmante. Entiendo que el tratamiento de salud mental es un proceso colaborativo y en evolución, que puede incluir, entre otros:

- Evaluación psiquiátrica
- Manejo de medicamentos
- Referencias para psicoterapia
- Pruebas diagnósticas
- Coordinación de atención con otros profesionales de la salud

Reconozco que **no se han hecho garantías ni promesas**, explícitas o implícitas, respecto al resultado del tratamiento, la resolución de los síntomas o la duración del cuidado.

II. MANEJO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si se prescriben medicamentos psicotrópicos, reconozco, entiendo y acepto lo siguiente:

1. Análisis de Riesgos y Beneficios

Entiendo que todos los medicamentos implican un equilibrio entre posibles beneficios terapéuticos y posibles riesgos, incluidos efectos secundarios, reacciones alérgicas y complicaciones imprevistas. Mi proveedor ha discutido estos riesgos conmigo de manera razonable; sin embargo, reconozco que soy responsable de revisar la guía del medicamento proporcionada por la farmacia.

2. Aceptación de Riesgos

Entiendo que los medicamentos psicotrópicos pueden causar efectos secundarios que pueden variar de leves a graves, incluyendo, entre otros:

- Boca seca, somnolencia, insomnio, mareos
- Cambios en el peso o el apetito
- Efectos secundarios sexuales
- Cambios de ánimo, agitación o disminución de la respuesta emocional
- Síndrome metabólico, efectos cardíacos, hepáticos o renales
- Trastornos del movimiento, incluyendo discinesia tardía
- Reacciones poco frecuentes pero graves como Síndrome de Stevens-Johnson, Síndrome Neuroléptico Maligno, síndrome serotoninérgico o ideación suicida

Acepto voluntariamente estos riesgos y acepto continuar con el tratamiento.



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO SOBRE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

3. Cumplimiento Estricto

Acepto tomar todos los medicamentos exactamente según lo recetado. No cambiaré la dosis, la frecuencia ni la forma de administración, ni suspenderé el medicamento sin supervisión médica. Entiendo que suspender un medicamento abruptamente puede provocar síntomas de abstinencia, reaparición de síntomas o desestabilización clínica.

III. MONITOREO OBLIGATORIO

Entiendo que ciertos medicamentos requieren monitoreo continuo, incluyendo, entre otros:

- Análisis de laboratorio
- Electrocardiogramas (EKG)
- Signos vitales
- Peso
- Otras pruebas diagnósticas

Acepto completar las evaluaciones requeridas dentro del plazo solicitado. Entiendo que el incumplimiento puede resultar en retrasos en las renovaciones de recetas o en la suspensión de la prescripción del medicamento.

IV. SUSTANCIAS CONTROLADAS Y PROGRAMA DE MONITOREO DE RECETAS (PMP)

Para cualquier sustancia controlada (Listas II–IV), incluidos estimulantes, benzodiacepinas o sedantes-hipnóticos, acepto lo siguiente:

Exclusividad: Obtendré medicamentos psiquiátricos solo de un proveedor que prescribe y de una sola farmacia.

Monitoreo estatal: Autorizo al proveedor a revisar periódicamente la base de datos estatal del Programa de Monitoreo de Recetas (PMP).

Seguridad: Soy responsable de proteger mis medicamentos. Las recetas perdidas, robadas o dañadas de sustancias controladas no serán reemplazadas.

Cumplimiento: La evidencia de uso indebido, desvío o incumplimiento puede resultar en la suspensión inmediata de la prescripción de sustancias controladas.



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO SOBRE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

V. DIVULGACIÓN Y RIESGOS DE INTERACCIONES

Acepto revelar completamente todas las sustancias que estoy utilizando, incluyendo:

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Alcohol
- Tabaco
- Cannabis
- Suplementos herbales
- Sustancias ilícitas

Entiendo que no informar sobre el uso de sustancias o cambios en medicamentos aumenta significativamente el riesgo de interacciones peligrosas y resultados adversos.

Acepto notificar al proveedor de inmediato sobre:

- Nuevos medicamentos o suplementos
- Cambios significativos en mi estado médico o de salud mental
- Embarazo, planes de embarazo o lactancia

VI. CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES LEGALES

Entiendo que mi información de salud está protegida bajo HIPAA. Sin embargo, reconozco que el proveedor es un reportero obligatorio, y la confidencialidad puede ser limitada cuando la ley lo requiera en las siguientes circunstancias:

- Sospecha razonable de abuso o negligencia infantil, de personas mayores o adultos dependientes
- Riesgo claro e inminente de daño grave para mí o para otros
- Recepción de una orden judicial válida, citación u otro mandato legal

VII. TERMINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Entiendo que la relación proveedor–paciente puede terminar por cualquiera de las partes. La terminación por parte del proveedor puede ocurrir por razones que incluyen, entre otras:

- Incumplimiento del plan de tratamiento o del acuerdo de medicamentos
- No completar el monitoreo o seguimiento requerido
- Uso indebido o desvío de medicamentos
- Conducta amenazante, abusiva o disruptiva hacia el personal o la clínica



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO SOBRE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

La terminación se realizará conforme a las leyes aplicables y las normas éticas, incluyendo notificación razonable y planificación de transición cuando corresponda.

RECONOCIMIENTO DE COMPRESIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, certifico que:

- He leído y entiendo completamente este documento
- Se me han explicado los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias
- Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento psiquiátrico y manejo de medicamentos psicotrópicos según sea clínicamente indicado

Firma del Paciente / Representante Legal

Firma del Proveedor

Fecha