

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO.

Ciudad y fecha:,/...../20.....

1. Yo,, declaro haber sido informado en términos claros y sencillos por el **Dr./a.**, acerca de la necesidad de que se me efectúe tratamiento psicofarmacológico con....., a fin de tratar el trastorno psiquiátrico que padezco, conocido como..... según las categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (*del inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) DSM-IV.

2. He recibido información acerca del alcance y propósitos del tratamiento que se me brindará, como así también sobre sus alternativas. Asimismo he sido informado en torno a las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse durante el curso del tratamiento, entre ellas.....

3. Asimismo se me ha informado sobre las consecuencias negativas respecto de mi estado físico y mental en caso de no acceder al tratamiento propuesto. Específicamente se me ha aclarado que de no recibir el tratamiento indicado corro riesgo de

4. También se me ha aclarado que existe la alternativa de otro tipo de abordaje terapéutico, consistente en, pero que la misma presentaría la siguiente desventaja respecto de la indicación sugerida por mi equipo tratante:.....

5. Antes de suscribir este instrumento se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. He tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido, y estoy satisfecho con las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el tratamiento indicado, por lo que otorgo mi conformidad al mismo, comprometiéndome a su vez a colaborar con todo el equipo de salud que intervenga durante mi internación o atención ambulatoria. Específicamente se me ha explicitado que de acuerdo a cuál resulte mi evolución frente al tratamiento indicado puede resultar necesario modificar el mismo.

6. Entiendo que esta conformidad puede ser revocada en cualquier momento, y soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta, por lo que no se me han prometido o garantizado los resultados que se buscan en la mejora de mi estado de salud psicofísica.

Firma del paciente: **Aclaración:**
Documento: **Teléfono:**
Domicilio:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma del representante:

Aclaración:
Documento: **Teléfono:**
Domicilio:
Vínculo con el paciente:

(2) Firma del representante:

Aclaración:
Documento: **Teléfono:**
Domicilio:
Vínculo con el paciente: