

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud Conductual



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DE UN PSIQUIATRA
QUE NO RECETA MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS (para niños y jóvenes menores de
dieciocho (18) años de edad)**

Nombre del consumidor/cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Diagnósticos:

CIE-10-MC: _____

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta del padre o tutor legal) por medio del presente, autorizo que _____ (nombre en letra de imprenta del consumidor/cliente) reciba tratamiento de un psiquiatra a efectos de abordar los síntomas o una enfermedad de salud conductual y

El proveedor de salud conductual conversó conmigo lo siguiente:

- El diagnóstico y los síntomas objetivo;
- los posibles beneficios y el resultado que se busca con el tratamiento;
- los posibles riesgos y efectos secundarios;
- las posibles alternativas al tratamiento propuesto;
- las posibles consecuencias de no aceptar el tratamiento y
- mi derecho a hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto.

También entiendo que tengo derecho a autorizar, rechazar o retirarme de un tratamiento, servicio o apoyo de salud conductual específico ofrecido o recomendado por el psiquiatra.

Entiendo que mi firma a continuación supone el reconocimiento de que recibí la información sobre mis síntomas o enfermedad de salud conductual específica y que autorizo que este niño o joven reciba el tratamiento proporcionado por el psiquiatra de: _____.

Nombre de la Agencia Central de Servicio
(Core Service Agency, CSA)

U

_____ **Orden presentada por el tribunal (copia adjunta)**

Iniciales del proveedor médico para verificar que la copia se haya adjuntado

Nombre en letra de imprenta del
consumidor/cliente

Firma del consumidor/cliente

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre
o representante legal (si corresponde)

Firma del padre o representante legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta y
credenciales del médico

Firma del médico

Fecha