

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
**Departamento de Salud Conductual**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DEL TRATAMIENTO ASISTIDO POR  
MEDICAMENTOS**

**(Para niños y jóvenes menores de dieciocho (18) años de edad)**

Nombre del consumidor/cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnósticos:

CIE-10-MC:	
------------	--

Yo, \_\_\_\_\_ recibí información del proveedor del  
(Nombre en letra de imprenta del consumidor/cliente)

tratamiento asistido por medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT) sobre los medicamentos que se enumeran a continuación. Para cada medicamento enumerado a continuación, se me dio la oportunidad de conversar con mi médico lo siguiente:

- El diagnóstico y los síntomas objetivo para el medicamento recomendado.
- Los posibles beneficios y el resultado que se busca con el tratamiento,
- Las posibles consecuencias de no tomar el medicamento recomendado.
- La dosis y la posibilidad de que la dosis de mi medicamento requiera ser ajustada con el tiempo, en consulta con mi médico.
- Los posibles riesgos y efectos secundarios.
- Mi derecho a retirar mi consentimiento voluntario para recibir medicamentos en cualquier momento (a menos de que una orden de un tribunal exija el uso de los medicamentos para mi tratamiento).
- Las posibles alternativas.
- El medicamento se puede utilizar para "otros fines" para una enfermedad particular (en ausencia de la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos [Food and Drug Administration, FDA]) y que el médico indicará cuándo un medicamento se usa de esta manera.<sup>1</sup>

Entiendo que la información que se me dio del medicamento y mi firma a continuación, suponen el reconocimiento de que consiento el uso de esos medicamentos o de que veo la copia adjunta de la orden del tribunal \_\_\_\_\_ (iniciales del proveedor médico, que verifica la copia adjunta de la orden del tribunal).

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Vía</b>	<b>Dosis</b>

\_\_\_\_\_  
(Nombre del consumidor/cliente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del consumidor/cliente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/ representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/ representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Nombre de quien prescribe)

\_\_\_\_\_  
(Firma de quien prescribe)

\_\_\_\_\_  
Fecha

<sup>1</sup> El uso para "otros fines" de los medicamentos incluye la prescripción de medicamentos para indicaciones, o el uso de una dosis o una forma de dosificación que no ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.