



MEDICAMENTO COMO TERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN

La información en este formulario de autorización se le da para que usted pueda saber más sobre su tratamiento. Después de que esté seguro que entiende esta información, firme este formulario para demostrar que usted entiende y que está de acuerdo con el tratamiento.

Se me ha informado que necesito medicamento como terapia por la Enfermedad de Hansen.

Los medicamentos siguientes han sido recetados: CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN PERTINENTES

- 1. Dapsona (DDS) 4. Talidomida
2. Rifampin 5. Otra
3. Clofazimine (B663)

Estos medicamentos pueden causar ciertos riesgos a como se indica en seguida:

MEDICAMENTOS

EFFECTOS SECUNDARIOS

Table with 2 columns: Medicamentos and Efectos Secundarios. Rows include Dapsona, Rifampin, Clofazimine, and Talidomida with their respective side effects.

Las reacciones alérgicas incluyendo la comezón y el salpullido pueden ser causadas por cualquiera de estos medicamentos.

Generalmente los riesgos son pequeños y los problemas de salud que pueden resultar se curan completamente. A veces, los efectos secundarios pueden ser graves, y muy raramente pueden causar daños duraderos o la muerte.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Tejas confía en que los beneficios del tratamiento por medio de medicamentos para la Enfermedad de Hansen son mayores que los riesgos.

Yo he contestado completamente y honestamente todas las preguntas sobre mi historial médico y mi estado de salud actual. Le he informado al médico y a otras personas de la clínica sobre cualquier estado que pudiera ser motivo para no tomar el(los) medicamento(s).

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este estado de salud. Se me han explicado los beneficios y los riesgos de ciertos medicamentos para la Enfermedad de Hansen. También se me explicó cuanto tiempo pueden durar y que tan intensos pueden ser estos efectos secundarios, así como también se me han explicado los riesgos de no seguir el tratamiento. Yo entiendo que no me pueden asegurar nada sobre la curación o los efectos secundarios.

(Marque una) Se me han dado instrucciones: oralmente por escrito sobre cómo tomar el medicamento

(Marque una) Yo, he leído el formulario se me ha leído el formulario y se me ha explicado completamente. Todas las líneas en blanco se han llenado.

Basado en la información anterior y habiendo sido informado, yo doy mi autorización para el tratamiento como se me recomendó.

FIRMAS

SECCIÓN I:

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Persona designada para dar su autorización
(si no es el paciente): _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN II:

Yo certifico que no podemos comunicarnos con la persona que tiene el poder de dar su autorización y que anteriormente no se ha opuesto al servicio que se pide.

Nombre del paciente: _____

Nombre de la persona que da su autorización: _____

Firma: _____

Parentesco con el paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____

SECCIÓN III:

Nombre del consejero: _____

Firma del consejero: _____ Fecha: _____