

La ley de California provee que toda persona quien recibe servicios de salud mental tiene derechos importantes en el proceso del tratamiento.

Un derecho significante es:

EL DERECHO DE SU CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO

Este derecho está diseñado para asegurar que consumidores de salud mental reciban buena **información** y la oportunidad de **participar** en el proceso del tratamiento. Los principios de consentimiento informado se aplican a todas las formas de tratamiento, incluyendo hospitalización, colocación, servicios y medicación.

Consentimiento Informado quiere decir que, después de que le hayan proveído la información adecuada usted ya sabiendo la información y lo que le proponen puede tomar una decisión inteligente acerca del tratamiento que le están ofreciendo, sin presión ni coerción, claramente e explícitamente da su consentimiento al tratamiento propuesto.

Consentimiento Informado **se aplica a todas las medicaciones** usados para tratar síntomas de severas condiciones mentales e emocionales.

Su consentimiento tiene que ser **documentado en escrito**.

Su **consentimiento también se requiere** cuando la dosis de la medicación aumenta o su medicina se lo cambian de un tipo a otro.

Usted tiene el **derecho de revocar su consentimiento** a cualquier momento, por cualquier razón.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE

Jerry A. Wengerd, Director

Mesa Directiva del Condado de Riverside

Primer Distrito	Kevin Jeffries
Segundo Distrito	John Tavaglione
Tercer Distrito	Jeff Stone
Cuarto Distrito	John J. Benoit
Quinto Distrito	Marion Ashley

**Si usted desea más
información sobre
su derecho de dar su
consentimiento o rechazar
el tratamiento,**

llame a

**Derechos del Paciente
Departamento de Salud Mental
Condado de Riverside
P.O. Box 7549
Riverside, CA 92513-7549
Teléfono: (951) 358-4600 o
800-350-0519**

SE HABLA ESPAÑOL

408-28 (Rev 11/13)

Este folleto desarrallado por NELSON & DAAR, San Francisco
por un contrato con Protection & Advocacy, Inc.



USTED TIENE EL DERECHO

- a una explicación de su diagnóstico
- a información sobre su tratamiento
- de aceptar ó rechazar el tratamiento

Por favor visitenos en
www.rcdmh.org

USTED TIENE EL DERECHO QUE LE DEN LA INFORMACIÓN SIGUIENTE

para que usted pueda hacer una decisión sobre tratamiento:

1. Una descripción de la **naturaleza y la seriedad de su condición mental**, desorden o comportamiento.
2. Una explicación de **las razones por** las cuales se da el **tratamiento**.
3. **El nombre y tipo, frecuencia, cantidad y método de dispensar el tratamiento**, y la probable duración de tiempo en que se dará el tratamiento.
4. Una descripción de la **posibilidad de mejoría**, y el grado probable y duración (temporal y permanente) de la mejoría o la remisión esperada con (y sin) el medicamento.
5. Una explicación de **la naturaleza, el grado, la duración, y la probabilidad de los efectos secundarios e interacciones** (con otros tratamientos), los riesgos y como y hasta donde se pueden controlar; si sean o no controlables.
6. Una explicación de **los tratamientos alternativos razonables** disponibles (incluyendo otros medicamentos orientados a otras terapias que no usen medicamentos) y el porqué un médico está recomendando este tratamiento en particular.

LIMITACIONES SOBRE ESTE DERECHO

Si usted **no da su consentimiento informado** a un tratamiento propuesto, usted solamente puede ser tratado involuntariamente después de que ciertos procedimientos legales han sido llevado a cabo.

A usted no le pueden dar medicamentos sin su consentimiento menos cuando:

1

Hay una emergencia legalmente-definida y sea correctamente documentada

ó

2

Usted está determinado en un procedimiento legal de no tener la capacidad de rechazar medicamentos.

PREGUNTAS USTED PUEDE HACER SOBRE SU DIAGNÓSTICO Y SU TRATAMIENTO

Sientase con la libertad de hacer preguntas a su doctor o personal de enfermería sobre su condición y tratamiento. **Ejemplos de preguntas incluyen:**

1. ¿Cual es su **diagnóstico** sobre mi condición? Por favor explique que es lo que significa.
2. ¿Que **tipos de tratamiento que no sea medicamentos** podrian ser utilizados para esta condición?
3. ¿Que **tipos de medicamentos** está usted prescribiendo?
4. ¿Que **otros tipos de medicación** podrian ser prescritos para mi condición?
5. ¿**Porqué** está usted recetando **esta** medicina en vez de otras?
6. ¿**Porqué** está usted recetando **esta** medicación **y no otro tratamiento**?
7. ¿**Cuanta** medicina está usted recetando?
8. ¿Porqué está usted prescribiendo esta cantidad en esta **dosificación**?
9. ¿Es ésta la dosificación **normal**?
10. ¿Cuales son **los efectos secundarios comunes** de esta medicina? Cuales serian otros **posibles** efectos colaterales?
11. ¿Qué posibilidad hay de una **mejoría o progreso** con esta medicina?
12. ¿Cual es la **posibilidad** de alguna mejoría **sin** esta medicación?
13. ¿**Qué me pasará** si yo no tomo la medicación? Cuales serán los síntomas?