

JV-220(A) S Declaración del médico que receta—Adjunto

Número de caso:
Sólo para información

Este formulario tiene que ser llenado y firmado por el médico que receta. Lea JV-219-INFO, *Información acerca de los formularios de medicamentos psicotrópicos*, para obtener más información acerca de los formularios requeridos y el proceso de solicitud.

- 1 Información acerca del niño (*nombre*): _____
Fecha de nacimiento: _____ Estatura actual: _____ Peso actual: _____
Género: _____ Grupo étnico: _____
- 2 Tipo de solicitud:
a. Solicitud inicial para aplicar medicamentos psicotrópicos a este niño
b. Solicitud para continuar con los medicamentos psicotrópicos que toma actualmente el niño
- 3 Esta solicitud se hace durante una situación de emergencia. Las circunstancias de emergencia que requieren la aplicación temporal de medicamentos psicotrópicos pendiente la decisión de la corte sobre esta solicitud son:

- 4 Médico que receta:
a. Nombre: _____ Número de licencia: _____
b. Dirección: _____
c. Teléfonos: _____
d. Especialidad médica del médico que receta:
 Psiquiatría infantil/para adolescentes Psiquiatría general Práctica familiar o general Pediatría
 Otra (*especifique*): _____
- 5 Esta solicitud se basa en una evaluación clínica en persona del niño por parte de:
a. el médico que receta el (*fecha*): _____
b. otro (*nombre del proveedor, situación profesional y fecha de la evaluación*): _____

- 6 La información acerca del niño fue provista al médico que receta por (*marque todo lo que corresponda*):
 niño persona que cuida maestro trabajador social
 funcionario de libertad condicional padre o madre
 registros (*especifique*): _____
 otro (*especifique*): _____
- 7 Describa los síntomas del niño, incluyendo la duración, así como la respuesta del niño a cualquier medicamento psicotrópico actual. Si el niño no toma medicamentos psicotrópicos actualmente, describa las alternativas de tratamiento a la aplicación propuesta de medicamento psicotrópico que se ha intentado con el niño en los últimos seis meses. Si no se han intentado alternativas, explique los motivos por no hacerlo.



Nombre del niño: _____ **Sólo para información**

- 8 Diagnósticos del *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV)* (proporcione diagnóstico completo de Eje I y Eje II; es opcional incluir los códigos numéricos):

- 9 Servicios terapéuticos diferentes a los medicamentos en los que participará el niño durante los próximos seis meses (marque todos los que correspondan; incluya la frecuencia para terapia de grupo y terapia individual):
- a. Terapia de grupo: _____ b. Terapia individual: _____
- c. Terapia de medio ambiente externo (*explique*): _____
- d. Otra modalidad (*explique*): _____
- 10 a. Antecedentes médicos pertinentes (*describa, especificando los problemas médicos significativos, todos los medicamentos no psicotrópicos actuales, la fecha del último examen físico y cualquier resultado anormal de laboratorio reciente*): _____

- b. Análisis de laboratorio pertinentes realizados u ordenados (*información opcional; proporciónela si lo requiere la regla de la corte local*):
 función del riñón función del hígado función de la tiroides UA glucosa panel de lípidos
 CBC EKG embarazo niveles de medicamento en la sangre (*especifique*): _____
 otro (*especifique*): _____
- 11 **Información obligatoria adjunta:** En el material adjunto se incluyen los efectos secundarios significativos, advertencias/contraindicaciones, interacciones con fármacos (incluidas aquellas con medicamentos psicotrópicos continuos y todo medicamento no psicotrópico que tome actualmente el niño) y síntomas de abstinencia para cada medicamento recomendado.
- 12 a. Al niño se le dijo de una manera apropiada para su edad sobre los medicamentos recomendados, los beneficios anticipados, los posibles efectos secundarios y que se hará una solicitud a la corte para obtener permiso para comenzar y/o continuar el medicamento, y que se puede oponer a la solicitud. La respuesta del niño fue
 estuvo de acuerdo otra (*explique*): _____
- b. Al niño no se le ha informado de esta solicitud, de los medicamentos recomendados, de sus beneficios anticipados y de las posibles reacciones adversas porque:
- (1) el niño es demasiado pequeño.
- (2) el niño no tiene la capacidad de dar una respuesta (*explique*): _____

- (3) otro (*explique*): _____
- 13 Se informó a la persona que cuida al niño en la actualidad de esta solicitud, de los medicamentos recomendados, de los beneficios anticipados y de las posibles reacciones adversas. La respuesta de dicha persona fue
 estuvo de acuerdo otro (*explique*): _____
- 14 Información adicional sobre el plan de tratamiento con el medicamento: _____



Nombre del niño: _____ **Sólo para información**

- 15** Lista de todos los medicamentos psicotrópicos que se aplican actualmente y con los que se propone continuar, y todos los medicamentos psicotrópicos que propone comenzar a aplicar. Marque cada medicamento psicotrópico como Nuevo (N) o Continuado (C). El programa de aplicación es una información opcional; proporciónela si la requiere la regla de la corte local.

<i>Nombre del medicamento (genérico o de marca) y síntomas atacados por cada beneficio anticipado del medicamento para el niño</i>	<i>C o N</i>	<i>Máximo mg/día total</i>	<i>Duración del tratamiento*</i>	<i>Programa de aplicación (opcional)</i> • Programa inicial y objetivo para el nuevo medicamento • Programa actual para continuar con el medicamento • Indicar mg/dosis y número de dosis/día • Si es PRN, indicar condiciones y parámetros
Medicamento:				
Objetivos:				
Medicamento:				
Objetivos:				
Medicamento:				
Objetivos:				
Medicamento:				
Objetivos:				

* La autorización para aplicar el medicamento se limita a este período de tiempo o a seis meses a partir de la fecha de emisión de la orden, lo que ocurra primero.

- 16** Lista de todos los medicamentos psicotrópicos aplicados actualmente que se suspenderán si se otorga esta solicitud.

<i>Nombre del medicamento (genérico o de marca)</i>	<i>Razón para suspenderlo</i>

- 17** Lista de los medicamentos psicotrópicos que usted sabe que tomaba el niño en el pasado y razón o razones por las cuales se suspendieron, si usted conoce las razones.

<i>Nombre del medicamento (genérico o de marca)</i>	<i>Razón para suspenderlo</i>

Fecha: _____

Sólo para información

Nombre en letra de máquina o de molde del médico que receta

Firma del médico que receta