

El médico que recetó el medicamento tiene que llenar y firmar este formulario. Lea el formulario JV-217-INFO, *Guía a los formularios de medicamentos psicotrópicos*, para obtener más información sobre los formularios requeridos y el proceso de solicitud.

1 Información sobre el menor (*nombre*): _____
Fecha de nacimiento: _____ Estatura actual: _____ Peso actual: _____
Sexo: _____ Origen étnico: _____

2 Tipo de solicitud:
a. Una solicitud inicial para administrarle un medicamento psicotrópico a este menor
b. Una solicitud para comenzar a tomar un medicamento nuevo o aumentar la dosis máxima de un medicamento aprobado previamente
c. Una solicitud para continuar con el medicamento psicotrópico que el menor está tomando actualmente

3 Esta solicitud se realiza debido a una situación de emergencia, tal como se define en la regla 5.640(g) de las Reglas de las Cortes de California. Las circunstancias de emergencia que requieren la administración temporal de medicamentos psicotrópicos, mientras esté pendiente la decisión de la corte, son:

4 Médico que receta el medicamento:
a. Nombre: _____ Número de licencia: _____
b. Dirección: _____
c. Números de teléfono: _____
d. Especialidad del médico que receta el medicamento:
 Psiquiatría de niños/adolescentes Psiquiatría general Familia/Medicina interna Pediatría
 Otro (*especifique*): _____
e. ¿Cuánto tiempo ha estado tratando al menor? _____ años _____ meses _____ días
f. ¿En qué función ha estado tratando al menor (por ejemplo, como su psiquiatra, pediatra)?

5 Esta solicitud se basa en una evaluación clínica cara a cara del menor por parte del:
a. médico que receta el medicamento el (*fecha*): _____
b. otro (*proporcione el nombre, cargo profesional y fecha de evaluación*): _____

6 La información sobre el menor fue proporcionada al médico que receta el medicamento por (*marque todos los que correspondan*):
 menor cuidador maestro trabajador social funcionario de condena condicional
 padre/madre enfermera de salud pública tribu
 registros (*especifique*): _____
 otro (*especifique*): _____



Nombre del menor: **Solo para información**

7 Proporcione a la corte su evaluación de la salud mental general del menor. No sé.

8 Describa los síntomas del menor, incluyendo su duración, y el plan de tratamiento del menor. No sé.

9 Describa la respuesta del menor a cualquier medicamento psicotrópico actual. No sé.

10 a. ¿Se han probado alternativas de tratamiento no farmacológicas a los medicamentos propuestos en los últimos seis meses?

Sí No No sé.

b. Si sí, describa el tratamiento y la respuesta del menor. Si no, explique por qué no.



Nombre del menor: **Solo para información**

- 14 Diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Quinta edición (DSM-5)*; la inclusión de códigos alfanuméricos es optativa.

- 15 Historia clínica relevante (*describa, especificando las afecciones médicas significativas, todos los medicamentos no psicotrópicos actuales, la fecha del último examen y todos los resultados anormales de análisis de laboratorio*):

No sé.

- 16 a. Se realizaron todos los análisis de laboratorio esenciales.
b. No se realizaron todos los análisis de laboratorio esenciales (*explique qué análisis no se hicieron y por qué*).

- 17 a. Se informó al menor de manera apropiada para su edad acerca de los medicamentos recomendados, los beneficios anticipados, los efectos secundarios posibles y que se presentará una solicitud a la corte para pedir permiso para comenzar o continuar tomando el medicamento, y que el menor se puede oponer a la solicitud. La respuesta del menor fue

favorable desfavorable

Describa brevemente la respuesta del menor: _____

- b. No se ha informado al menor sobre esta solicitud, los medicamentos recomendados, los beneficios anticipados ni sus posibles reacciones adversas porque:

(1) el menor no tiene la habilidad de dar una respuesta (*explique*): _____

(2) otro (*explique*): _____



Nombre del menor: **Solo para información**

- 18 a. Se informó al cuidador actual del menor acerca de esta solicitud, los medicamentos recomendados, los beneficios anticipados y las reacciones adversas posibles, que incluyen:

- b. La respuesta del cuidador fue: favorable otro (*explique*):

- 19 Servicios terapéuticos, además de los medicamentos, en los que el menor está inscrito o que se recomienda que participe en los próximos seis meses (*marque todos los que correspondan; para terapia, indique la frecuencia*):

- a. Terapia de grupo: _____ b. Terapia individual: _____
- c. Terapia ambiental (*explique*): _____
- d. Servicios conductuales terapéuticos (TBS) _____
- e. Terapia para niños en el espectro autista _____
- f. Terapia de arte _____
- g. Terapia conductual cognitiva (CBT) _____
- h. Servicios integrales _____
- i. Servicios de curación y tradiciones culturales de indígenas norteamericanos/nativos de Alaska _____
- j. Terapia del habla _____
- k. Servicios conductuales a domicilio (IHBS) _____
- l. Otra modalidad (*explique*): _____

- 20 **Se adjunta información obligatoria:** Se incluye en el material adjunto los efectos secundarios significativos, advertencias/contraindicaciones, interacciones con otros medicamentos (incluyendo aquellos medicamentos psicotrópicos y todos los medicamentos no psicotrópicos que el menor está tomando actualmente) y los síndromes de abstinencia para cada medicamento recomendado.

- 21 Información adicional sobre el plan de tratamiento de medicamentos y seguimiento: _____



Nombre del menor: **Solo para información**

- 22** Indique a continuación todos los medicamentos psicotrópicos administrados actualmente que usted propone continuar, y todos los medicamentos psicotrópicos que propone comenzar a administrar. Marque cada medicamento psicotrópico como Nuevo (N) o Continuación (C).

<i>Nombre del medicamento (genérico o marca) y clase, y síntomas tratados por los beneficios anticipados al menor de cada medicamento</i>	<i>C o N</i>	<i>mg/día máximos totales</i>	<i>Duración del tratamiento*</i>	<i>Programa de administración</i> • Programa inicial y de régimen para el medicamento nuevo • Programa actual para el medicamento que se va a continuar • Proporcione mg/dosis y dosis/día • Si se toma solo por necesidad, indique condiciones y parámetros de uso
Med: Clase: Síntomas tratados:				

*La autorización de administrar el medicamento se limita a este plazo o seis meses a partir de la fecha en que se emitió la orden, según lo que ocurra primero.

- 23** Otra información sobre el medicamento recetado que quiere que la corte sepa (por ejemplo, por qué está recetando más de un medicamento de una cierta clase, por qué está recetando fuera de la gama de dosis aprobada o por qué está recetando un medicamento no aprobado para un menor de esta edad)

- 24** Indique a continuación todos los medicamentos psicotrópicos administrados actualmente que el menor dejará de tomar si se otorga esta solicitud.

<i>Nombre del medicamento (genérico o marca)</i>	<i>Razón por dejar de tomarlo</i>	<i>¿Dejarlo de inmediato o en un periodo de tiempo? (especifique, incluyendo el periodo)</i>

Fecha

Nombre del médico que receta el medicamento, a máquina o en letra de molde

Firma del médico que receta el medicamento