



**GOBIERNO
DE JALISCO**
PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD
OPD. SERVICIOS DE
SALUD JALISCO

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A U T O R I Z A C I Ó N

DOCUMENTÓ: CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
MENTAL DE ESTANCIA BREVE

APROBÓ:	<u>RÚBRICA</u>	<u>RÚBRICA</u>
	<u>DRA. MARÍA XOCHITL GONZÁLEZ DELGADO</u> <small>JEFE CONSULTA EXTERNA</small>	<u>DRA. ANGÉLICA RAMÍREZ CÁRDENAS</u> <small>JEFE DE HOSPITALIZACIÓN</small>
AUTORIZÓ:	<u>RÚBRICA</u>	<u>RÚBRICA</u>
	<u>DR. EDUARDO VALLE OCHOA</u> <small>DIRECTO CAISAME ESTANCIA BREVE</small>	<u>DR. DANIEL OJEDA TORRES</u> <small>DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL</small>

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL, ESTANCIA BREVE.

CÓDIGO: DOM-P034-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 25 DE MAYO DEL 2011

COPIA No.: _____

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Si cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

Sello

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Breve
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 25 mayo 2011

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: DOM-P034-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

Objetivo

Brindar al paciente o representante legal, la información pertinente y adecuada acerca de la naturaleza de la enfermedad del paciente, el tipo de tratamiento propuesto, los beneficios, riesgos o posibles complicaciones, pronóstico y obtener un registro escrito de la autorización o la no autorización del acto médico propuesto.

Alcance

Límites del procedimiento: Inicia en el momento en se decide el ingreso o dar tratamiento por parte del Médico psiquiatra termina cuando el paciente y/o representante legal otorga o No el Consentimiento Informado.

Áreas que intervienen: Psiquiatría y Trabajo Social.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
2. Es responsabilidad del médico proporcionar al paciente y/o representante legal la información adecuada y pertinente al momento de requerir hospitalización o algún procedimiento diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico que entrañe un riesgo mayor para el paciente.
3. Es responsabilidad del médico llenar el formato Consentimiento informado así como el que le sean proporcionadas las firmas del paciente o representante legal y los testigos.
4. Es responsabilidad del médico anexar el formato debidamente llenado en el expediente.
5. Es responsabilidad de la trabajadora social intervenir para realizar la retroalimentación de los beneficios y ventajas de un acto médico propuesto en caso de que el paciente o representante legal no esté convencido para su aceptación.
6. Es responsabilidad del médico el llenado de un nuevo formato de consentimiento informado cada vez que sea diferente al del acto médico propuesto inicialmente.

Definiciones:

Enfermedad Mental Es aquella considerada como tal en la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente de la Organización Mundial de la Salud.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: DOM-P034-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

Definiciones:

- Hospitalización** Ingreso a un hospital.
- Usuario Psiquiátrico** Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica por enfermedad mental.
- Consentimiento Informado** Procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve.

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: DOM-P034-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
1.	Psiquiatra.	Detecta la necesidad de atención médica y tratamiento, ya sea por la consulta externa o por el servicio de urgencias.						
2.		<p>Informa de manera verbal al representante legal o paciente acerca de su(s) patología(s), tipo de tratamiento propuesto, beneficios, posibles riesgos o complicaciones así como el pronóstico esperado del acto médico propuesto, cerciórate de que la información dada fue totalmente entendida por el paciente o representante legal.</p> <p>Nota: En caso de que la información dada no fue totalmente entendida por paciente o representante legal entonces aclara dudas.</p>						
3.		<p>Llena ficha de identificación en el formato “consentimiento bajo información” (ver anexo 2) y entrega a paciente o representante legal para que den lectura a este.</p> <p>Nota: El formato consentimiento bajo información se llena de acuerdo al servicio anexo 2 para hospitalización, anexo 3 para consulta externa y anexo 4 para clínica de niños y adolescentes.</p>						
4.	Paciente.	<p>Recibe formato de consentimiento bajo información y da lectura.</p> <p>Nota: En caso de que el paciente o representante legal no sepan leer, el médico dará lectura al formato consentimiento bajo información para que queden enterados del contenido y puedan libremente autorizar o no el acto médico propuesto a través de la firma del documento, esto incluye la autorización de la propia hospitalización.</p>						
5.	Psiquiatra.	<p>Determina si el paciente o representante legal otorga el consentimiento:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Consentimiento?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 9.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Consentimiento?	Entonces.	No	Aplica actividad 9.	Si	Aplica actividad siguiente.
¿Consentimiento?	Entonces.							
No	Aplica actividad 9.							
Si	Aplica actividad siguiente.							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: **DOM-P034-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
6.	Paciente y/o representante legal.	Firma de aceptación en hoja de consentimiento bajo información, así como por los testigos en los espacios correspondientes a la aceptación del acto médico propuesto. Nota: En caso de que el paciente o representante legal no sepan escribir, se considerará válido el estampado de su huella dactilar en formato consentimiento bajo información, el psiquiatra deberá estar presente para cerciorarse de esta acción.						
7.		Firma formato de consentimiento bajo información en apartado correspondiente.						
8.	Psiquiatra.	Anexa formato consentimiento bajo información al expediente clínico del paciente, aplica procedimiento para ingreso hospitalario. Fin de procedimiento.						
9.		Envía a paciente y/o representante legal a oficina de trabajo social para que se le retroalimente sobre las ventajas de dar el consentimiento.						
10.	Paciente y/o representante legal.	Acuda con trabajadora social y solicita retroalimentación sobre las ventajas de dar el consentimiento.						
11.	Trabajo Social.	Recibe a paciente y/o representante legal retroalimenta al paciente o representante legal acerca de los beneficios de otorgar el consentimiento, y envía a paciente y/o representante legal que indique decisión a psiquiatra.						
12.	Paciente y/o representante legal.	Acuda y notifica decisión a psiquiatra.						
13.	Psiquiatra.	<p>Recibe paciente y determina si el paciente o representante legal otorga el consentimiento.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Otorga consentimiento?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Solicita a paciente y/o representante legal firme formato consentimiento bajo información, aplica actividad 6.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Otorga consentimiento?	Entonces.	No	Aplica actividad siguiente.	Si	Solicita a paciente y/o representante legal firme formato consentimiento bajo información, aplica actividad 6.
¿Otorga consentimiento?	Entonces.							
No	Aplica actividad siguiente.							
Si	Solicita a paciente y/o representante legal firme formato consentimiento bajo información, aplica actividad 6.							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: **DOM-P034-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
14.	Paciente y/o representante legal.	Firma en el formato consentimiento bajo información en el apartado para NO otorgar el consentimiento del acto médico propuesto. Nota: En caso de que el paciente o representante legal no sepan escribir, se considerará válido el estampado de su huella dactilar, el psiquiatra y la trabajadora social deberán estar presentes para cerciorarse de esta acción.
15.	Psiquiatra.	Anexa consentimiento bajo información al expediente clínico del paciente, realiza anotación en “ hoja de evolución médico/psiquiátrica ” (ver anexo 3) en el expediente clínico haciendo constar la NO aceptación del acto médico propuesto así como las posibles consecuencias de esta decisión. Fin de procedimiento.

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. Laura Leticia Pérez Peralta.

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

•

•

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: **DOM-P034-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM M02	Manual de Organización General del Instituto Jalisciense de Salud Mental
DOM M57	Manual de Organización del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Diagrama de Flujo.
Anexo 02	Consentimiento bajo información.
Anexo 03	Consentimiento bajo información (consulta externa).
Anexo 04	Consentimiento bajo información (clínica de niños y adolescentes).
Anexo 05	Hoja de evolución médico/psiquiátrica.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXOS

SELLO

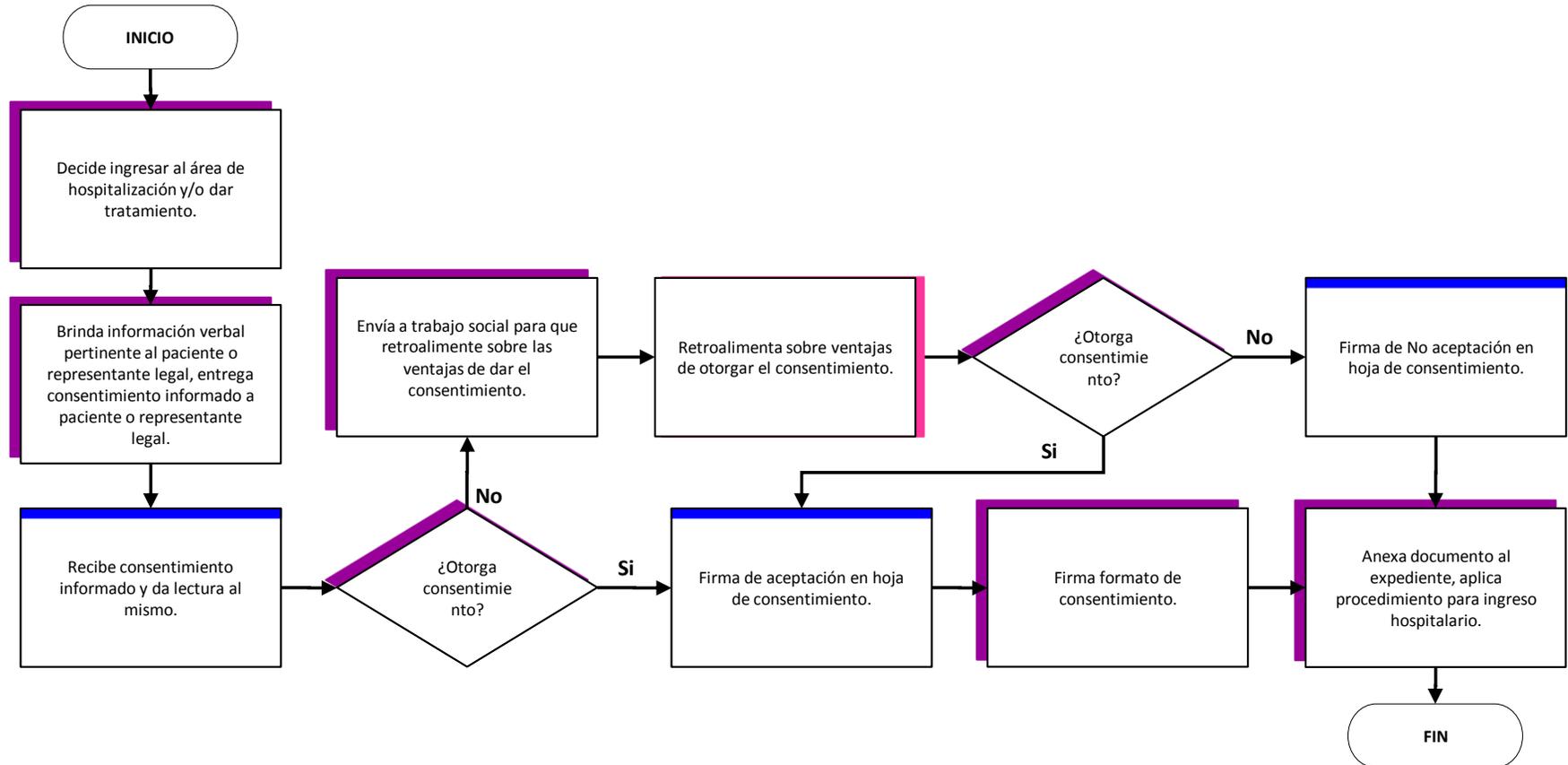
DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: **DOM-P034-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: 16 DE JULIO DEL 2010
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 18 DE MAYO DEL 2011

ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: **DOM-P034-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **16 DE JULIO DEL 2010**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **18 DE MAYO DEL 2011**

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN.

 GOBIERNO DE JALISCO PODER EJECUTIVO SECRETARÍA DE SALUD	O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL ESTANCIA BREVE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA TRATAMIENTO PSIQUIATRICO	 SALME SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL
Lugar _____ Fecha: A _____ de _____ de 20____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ REGISTRO HOSPITALARIO: _____		
<p>INFORMACION: Usted ha sido examinado por un médico psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determinó la necesidad de tratamiento ambulatorio o bajo régimen de hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales que incluyen la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM168-SSA1-1998, del expediente clínico y la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica. Los profesionales que lo atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos que se llevan a cabo dentro de ésta unidad hospitalaria.</p> <p>BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administrarán medicamentos que de acuerdo a la naturaleza de su enfermedad, están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo, todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, estos van desde los mas leves como ligera inquietud hasta somnolencia, sedación, insomnio, temblor, rigidez muscular, mareo, cefalea, constipación, etc. mismos que serán debidamente atendidos para su solución. Durante su hospitalización recibirá atención por un equipo de profesionales, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajadora social, un médico general y personal de enfermería, cada uno intervendrá de acuerdo a las necesidades particulares de su enfermedad o trastorno, los procedimientos específicos que usted necesite, le serán previamente informados para su realización. En el eventual caso de que los profesionales médicos detecten otra enfermedad o requiera una intervención quirúrgica, independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otro hospital para resolver dicho problema. Si se llegara a presentar un episodio de agitación aguda o agresividad derivadas de su enfermedad o trastorno, un equipo de enfermeros capacitados para tales eventos procederá bajo indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención mecánica (sujeción gentil) por un lapso que no exceda de dos horas, tiempo en el cual el médico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.</p> <p>DERECHOS DEL PACIENTE: La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, El Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de los pacientes. Además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia.</p> <p>CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que usted proporcione sobre su persona o terceros, será tratada en forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten a la Dirección de este hospital.</p> <p>CONSENTIMIENTO: Manifiesto que he recibido la información completa, clara y suficiente, han sido aclaradas todas mis dudas respecto a los procedimientos a realizar durante el internamiento. También he sido informado de que, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA 2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica, existen tres modalidades de internamiento: VOLUNTARIA () INVOLUNTARIA () OBLIGATORIA (), ésta última en caso de que una autoridad judicial así lo determine. Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio. Esta Institución reitera así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.</p> <p>SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO () NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO ()</p>		
_____ Nombre y firma del paciente o su representante legal Domicilio: _____		_____ Nombre y firma del médico que autoriza
_____ Testigo		_____ Testigo
C.c.p. Usuario familiar responsable		Instituto Jalisciense de Salud Jalisco Av. Zoquiapan V° 1000-A, Zoquiapan, Jal. C.P. 48170 Tels: 36 33 93 83, 36 33 94 74, 36 33 95 35

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: **DOM-P034-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **16 DE JULIO DEL 2010**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **18 DE MAYO DEL 2011**

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN (CONSULTA EXTERNA).

 GOBIERNO DE JALISCO PODER EJECUTIVO SECRETARÍA DE SALUD	O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL ESTANCIA BREVE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	 SALME SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL ESTANCIA BREVE				
Lugar: _____ Fecha: A _____ de _____ de 20____						
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ REGISTRO HOSPITALARIO: _____						
<p>INFORMACION: Usted ha sido examinado por un médico psiquiatra, el cual valoró su estado mental y determinó la necesidad de tratamiento ambulatorio, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales que incluyen la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM168-SSA1-1998, del Expediente Clínico y la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica. Los profesionales que lo atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos que se llevan a cabo dentro de ésta unidad de Consulta Externa.</p> <p>BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le prescribirán medicamentos que, de acuerdo a la naturaleza de su enfermedad, están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo, todos los fármacos administrados por cualquier vía en ocasiones pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, los cuales variarán de acuerdo al tipo de medicamento prescrito en su caso particular, mismos que se tendrán que informar al médico, para ser debidamente atendido, en caso de que los profesionales médicos detecten otra enfermedad médica, independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra unidad de atención para resolver dicho problema.</p> <p>DERECHOS DEL PACIENTE: La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, El Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de los pacientes. Además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia.</p> <p>CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que usted proporcione sobre su persona o terceros, será tratada en forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla con excepción de aquellos casos en los que el profesional de la salud determine que esté en riesgo su vida o la de otros y cuando previamente y por escrito las autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten a la Dirección de este hospital.</p> <p>CONSENTIMIENTO: Manifiesto que he recibido información completa, clara y suficiente; me han sido aclaradas todas mis dudas respecto a mi padecimiento y el tratamiento ambulatorio:</p> <p>a) Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio. b) En caso que el usuario no se encuentre en condiciones para decidir por si mismo, dicho consentimiento podrá ser otorgado por un familiar o representante legal.</p> <p>Esta Institución reitera así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.</p> <p>SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO () NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO ()</p> <p>Nombre y firma del paciente o su representante legal _____ Nombre y firma del médico que autoriza _____ Domicilio: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Testigo</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Testigo</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">c.c.p. Usuario/ familiar responsable</td> <td style="font-size: small;">Instituto Jalisciense de Salud Jalisco Av. Zoquipán V° 1000-A Zapopan, Jal. C.P. 45170 Tels: 36 33 53 53, 36 33 94 74, 36 33 95 35</td> </tr> </table>			Testigo	Testigo	c.c.p. Usuario/ familiar responsable	Instituto Jalisciense de Salud Jalisco Av. Zoquipán V° 1000-A Zapopan, Jal. C.P. 45170 Tels: 36 33 53 53, 36 33 94 74, 36 33 95 35
Testigo	Testigo					
c.c.p. Usuario/ familiar responsable	Instituto Jalisciense de Salud Jalisco Av. Zoquipán V° 1000-A Zapopan, Jal. C.P. 45170 Tels: 36 33 53 53, 36 33 94 74, 36 33 95 35					

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CÓDIGO: **DOM-P034-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **16 DE JULIO DEL 2010**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **18 DE MAYO DEL 2011**

ANEXO 04: CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN (CLÍNICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES).

 GOBIERNO DE JALISCO PODER EJECUTIVO SECRETARÍA DE SALUD	O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL ESTANCIA CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO CLÍNICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	
Lugar _____ Fecha: A _____ de _____ de 20____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ REGISTRO HOSPITALARIO: _____		
<p>INFORMACION: Usted ha sido informado por un médico Psidopsiquiatra, el cual valoró el estado mental de su hijo (a) y determinó la necesidad de tratamiento ambulatorio, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales que incluyen la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM168-SSA1-1998, del Expediente Clínico y la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Los profesionales que lo atiendan le informarán oportunamente sobre la enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos que se llevan a cabo dentro de ésta unidad de Consulta Externa.</p> <p>BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le prescribirán medicamentos que, de acuerdo a la naturaleza de su enfermedad, están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo, todos los fármacos administrados por cualquier vía en ocasiones pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, los cuales variarán de acuerdo al tipo de medicamento prescrito en su caso particular, mismos que se tendrán que informar al médico, para ser debidamente atendido, en caso de que los profesionales médicos detecten otra enfermedad médica, independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra unidad de atención para resolver dicho problema.</p> <p>DERECHOS DEL PACIENTE: La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, El Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de los pacientes. Además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia.</p> <p>CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que se proporcione sobre su paciente o terceros, será tratada en forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla con excepción de aquellos casos en los que el profesional de la salud determine que esté en riesgo su vida o la de otros y cuando previamente y por escrito las autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten a la Dirección de este hospital.</p> <p>CONSENTIMIENTO: Manifiesto que he recibido información completa, clara y suficiente; me han sido aclaradas todas mis dudas respecto al padecimiento y el tratamiento ambulatorio: a) Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio. b) En caso que el usuario no se encuentre en condiciones para decidir por sí mismo, dicho consentimiento podrá ser otorgado por un familiar o representante legal.</p> <p>Esta Institución reitera así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.</p>		
SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO (<input type="checkbox"/>) NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO (<input type="checkbox"/>)		
_____ Nombre y firma del paciente o su representante legal Domicilio: _____		_____ Nombre y firma del médico que autoriza
_____ Testigo		_____ Testigo
C.C.p. Usuario/ Familiar responsable		Instituto Jalisciense de Salud Jalisco Av. Zoquiapan Vía 1000-A Zapopan, Jalisco, C.P. 45170 Tels: 36 33 93 83, 36 33 94 74, 36 33 95 35

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

