

## USTED TIENE EL DERECHO QUE LE DEN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE USTED PUEDA TOMAR UNA DECISION SOBRE EL TRATAMIENTO:

1. Una descripción de la naturaleza y seriedad de su condición mental, trastorno o comportamiento.
2. Una explicación de las razones por las cuales se da el tratamiento.
3. El nombre y tipo, frecuencia, cantidad y método para brindar el tratamiento, y el tiempo estimado que durará el tratamiento.
4. Una descripción de la probabilidad de mejorar y el posible nivel y duración (temporal y permanente) de la mejoría o la remisión esperada con (y sin) el medicamento.
5. Una explicación de la naturaleza, el nivel, la duración, y la probabilidad de los efectos secundarios e interacciones (con otros tratamientos), los riesgos y hasta qué punto se pueden controlar; si es que se pueden controlar.
6. Una explicación de los tratamientos alternativos y razonables que están disponibles (incluyendo otros medicamentos y tratamiento orientado sin medicamentos) y por qué el médico recomienda este tratamiento en particular.

## LIMITACIONES SOBRE ESTE DERECHO

Si usted **no** da su consentimiento informado a la propuesta de un tratamiento con medicamento, a usted solamente se le puede dar este medicamento sin su consentimiento hasta después que procedimientos legales específicos hayan sido llevados a cabo.

### A usted no le pueden dar medicamentos sin su consentimiento al menos que:

1. Haya una **emergencia\*** legalmente definida y esta adecuadamente documentada

o

2. Usted durante una audiencia de capacidad o Audiencia Riese (un procedimiento legal), es considerado(a) de no tener la capacidad para rechazar medicamentos.

\*"Emergencia" significa una situación en la cual, la acción para imponer el tratamiento sobre la objeción de la persona es inmediatamente necesaria para la preservación de la vida o la prevención de daños corporales graves del paciente u otros y cuando no es práctico tratar de obtener primero un consentimiento. No es necesario que un daño ocurra o que llegue a ser inevitable antes del tratamiento.

## QUE PREGUNTAS HACER ACERCA DE SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

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

1. ¿Cuál es el diagnóstico de mi condición? Por favor explíqueme qué significa.
2. ¿Qué tipos de tratamiento que no sean medicamentos, podrían ser usados para esta condición?
3. ¿Qué tipos de medicamentos está recetándome?
4. ¿Qué otros tipos de medicamentos me podrían recetar para mi condición?
5. ¿Por qué está recetándome este medicamento en vez de otros?
6. ¿Por qué está recetándome este medicamento en vez de otro tratamiento?
7. ¿Cuánto medicamento está usted recetándome?
8. ¿Por qué está recetándome esta dosis?
9. ¿Es esta la dosis normal?
10. ¿Cuáles son los efectos secundarios comunes de este medicamento? ¿Cuáles son otros posibles efectos secundarios?
11. ¿Qué posibilidad hay de una mejoría con este medicamento?
12. ¿Qué posibilidad hay de una mejoría sin este medicamento?
13. ¿Qué me pasará si no tomo el medicamento? ¿Cuáles serán los síntomas?

La ley de California provee que toda persona quien recibe servicios de salud mental, tiene derechos importantes en el proceso del tratamiento. Un derecho importante es:

### **EL DERECHO DE SU CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO**

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

Consentimiento informado significa que después de haber proporcionado información adecuada sobre la condición y el tratamiento propuesto, usted con conocimiento e inteligentemente, sin presión o coerción, clara y explícitamente da su consentimiento al tratamiento propuesto.

El consentimiento informado **se aplica a todos los medicamentos** usados para tratar síntomas de condiciones mentales y emocionales severos.

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

Su consentimiento también es requerido cuando la dosis del medicamento se incrementa o su medicamento se cambia de un tipo a otro.

Usted tiene el derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si usted desea más información sobre su derecho de dar o rechazar el consentimiento al tratamiento, llame a:

**LA OFICINA DE LOS  
DERECHOS DEL PACIENTE**  
P.O. Box 7549  
Riverside, CA 92513-7549

**(951) 358-4600  
(800) 350-0519**

**SE HABLA ESPAÑOL**



**Por favor visítenos en:  
[www.rcdmh.org](http://www.rcdmh.org)**

Esta información está disponible en formas alternativas si lo requiere. Por favor comuníquese a la Oficina de los Derechos del Paciente al (951) 358-4600 o (800) 350-0519.

RUHS-BH BR/SP PR-001 Rev 07/19  
(TCRC 06/19)

Folleto creado por NELSON & DAAR, San Francisco como parte de un contrato con Protection & Advocacy, Inc.

## **PROGRAMA DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES**

### **USTED TIENE DERECHO**

- A una explicación de su diagnóstico
- A información sobre su tratamiento
- De aceptar o rechazar el tratamiento

