



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO

OFICINA WINTER PARK
2479 Aloma Avenue
Winter Park, FL 32792
T:407-657-6692/F:407894-6010

OFICINA COCOA
640 Brevard Ave. #104
Cocoa, FL 32922
T:321-433-1111/F:321-252-0425

Client Name: _____ **MR#** _____ **Age:** _____ **Gender:** _____
Nombre del Cliente *MR#* *Edad* *Sexo*
Weight: ___ lbs. **Primary Diagnosis:** _____ **Unit/Program:** _____ **Phone:** _____
Peso *Diagnóstico inicial* *Unidad/Programa* *Teléfono*

Medication <i>Medicamento</i>	Dosage <i>Dosis</i>	Method of Administration <i>Método de Administración</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Target Symptoms or Behaviors to be Modified <i>Síntomas o conductas para Modificar</i>	Dosage Range <i>Abarque de dosis</i>

Name of Physician Prescribing: _____ **Telephone:** _____
Nombre del médico prescribiendo *Teléfono*

Estimated Start Date: _____ **Intended Length of Rx Ordered:** _____
Fecha estimada de comienzo *Duración prevista de Rx Ordenada*

List other current medications being taken: _____
Lista de otros medicamentos activamente tomando

Side effects were reviewed with the client and/or guardian: **Written Form** **Verbal & Written Form**
Efectos secundarios fueron revisados con el cliente/guardián *(Por escrito)* *(Verbalmente y por escrito)*
(Attach copy of the written material discussed/provided.) *(Adjunte copia del material impreso discutido/provisto.)*

- Me han informado que mi médico cree que debería tomar medicamentos para ayudar a algunos de mis problemas. Se me ha dado información sobre el medicamento (s) que el médico me ha recomendado.
- He sido informado de cuáles podrían ser los efectos secundarios comunes del medicamento, y sé que si noto algo malo que pudiera ser causado por el medicamento, se lo diré al médico de inmediato.
- Si tengo alguna pregunta sobre tomar el(los) medicamento(s) me han informado que debo pedir una consulta.

- Cooperaré en tomar los medicamentos mencionados anteriormente para ayudarme a mejorar.

Firma del Cliente: _____ **Date:** _____

Como Padre/ Guardián, autorizo: _____

Email del Padre/Guardián: _____ **Teléfono:** _____

Physician Signature: _____ **Date:** _____
Firma del Médico *Fecha*

Physician Email: _____
Email del Médico

To be completed by the Doctor - Para ser completado por el Medico

Date Medication ordered/started: _____ **Date verbal consent given:** _____
Fecha que el medicamento se ordenó/comenzó *Fecha de autorización verbal*

Parent/Guardian contact/fax: _____ **Please fax to:** _____
Padre/guardian fax *Porfavor fax a*

Case Manager notified? **Yes** **No**
¿Manejador de caso fue notificado? *Si* *No*

CONFIDENTIAL AND PRIVILEGED INFORMATION FOR PROFESSIONAL USE ONLY. TO BE MADE A PART OF THE CLIENT'S RECORD AND NOT TO BE RELEASED WITHOUT AUTHORIZATION FROM ORIGINATING SOURCE AND THEN ONLY IN ACCORDANCE WITH FLORIDA STATUTES 90 242 AND/OR 90 503

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADA SOLO PARA USO PROFESIONAL. PARA SER PARTE DEL REGISTRO DEL CLIENTE Y NO SER LIBERADO SIN AUTORIZACIÓN DE ORIGEN Y LUEGO SÓLO DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS DE FLORIDA 90 242 Y/O 90 503