

MAY 01

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

FEDERAL BUREAU OF PRISONS

The physician should initial numbers 1 thru 5 after discussing each with the inmate.

I, _____, Reg. No. _____ hereby authorize Dr. _____ or his/her relief (designee), to prescribe (Circle One) diazepam (Valium), lorazepam (Ativan), alprazolam (Xanax), clonazepam (Klonopin), temazepam (Restoril), or triazolam (Halcion) an antianxiety medication to me and to continue said medication as is recommended for my psychiatric treatment.

1.____ This medication is useful because it has been found to be effective in treating anxiety and its associated symptoms including constant worry, apprehension, restlessness, fatigue, difficulty in concentration, irritability, and sleep disorder. This medication may also be effective in treating other related disorders, such as panic disorder, phobias, and Post Traumatic Stress Disorder.

2.____ This medication may improve your condition by relieving all or some of disorders or symptoms mentioned above.

3.____ Common side effects to this medication include, but are not limited to, drowsiness, dizziness or lightheadedness, headache, tiredness, decreased memory and recall, excitability, agitation or nervousness. These effects are frequently temporary or can be controlled with a change in dosage. These medications have also been proven to cause both physical and psychological dependence and abrupt withdrawal may cause seizures or blackouts.

If any of the above symptoms occur, you should notify Medical Staff at sick call as soon as possible.

4.____ Not taking this medication as prescribed by the physician's instruction may lead to a worsening of symptoms. However, some symptoms of anxiety and related disorders may get better or even go away without taking medication.

5.____ Other treatment options include other medication with similar benefits. Other drugs may cause some of the same side effects you might experience with this medication. Alternative treatments may not include any medication, but may involve counseling by a psychologist or other medical professional.

Based upon interview, assessment, and medical record review, it is my opinion that this patient understands the proposed treatment, and **is competent** to give consent.

Physician Signature _____

Based upon interview, assessment, and medical record review, it is my opinion that this patient **is not competent** to give consent. Physician Signature _____

Other issues discussed

The undersigned certifies that he/she has read the foregoing, or has had it explained in a language they understand, and hereby consents to treatment and has no additional questions. I understand that I may stop taking this medication at any time by contacting the physician. However, I understand that discontinuing the medication abruptly is generally not advisable.

Inmate Signature

Inmate Number

Date

Witness Signature

Date

Attending Psychiatrist or Physician

Date

****This template is provided to assist Spanish-speaking inmates who are not fluent in English to complete the corresponding Bureau form. It is a template only for instructional purposes, and should not be filled in. ****

****Este modelo se provee para ayudar a los reos que hablan español y no dominan el inglés para que completen el formulario correspondiente de la Agencia. Es solo un modelo que sirve como ejemplo, y no se debe completar.****

El médico debe firmar con sus iniciales del número 1 al 5 después de discutir cada uno con el reo.

Yo, _____, Número de Registro _____ por este medio autorizo al Doctor _____ o a su relevo (designado), para recetarme (circule uno) diazepam (Valium), lorazepam (Ativan), alprazolam (Xanax), clonazepam (Klonopin), temazepam (Restoril), o triazolam (Halcion), un medicamento de anti-ansiedad y para continuar dicho medicamento según lo sea recomendado para mi tratamiento psiquiátrico.

1. Este medicamento es útil porque se ha encontrado ser efectivo en el tratamiento de la ansiedad y sus síntomas asociados incluyendo la preocupación constante, aprehensión, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, y trastorno del sueño. Este medicamento también puede ser efectivo en el tratamiento de otros desórdenes relacionados, como el pánico, las fobias, y el trastorno de estrés postraumático.

2. Este medicamento puede mejorar su condición aliviándole todos o algunos de los síntomas anteriormente mencionados.

3. Los efectos secundarios más comunes de este medicamento incluyen, pero no se limitan a, somnolencia, mareos, dolor de cabeza, cansancio, disminución de la memoria y dificultad para recordar, excitabilidad, agitación o nerviosismo. Estos efectos usualmente son temporeros o pueden ser controlados con un cambio en la dosis. También se ha comprobado que estos medicamentos causan la dependencia física y psicológica y el discontinuarlos abruptamente puede causar convulsiones o desmayos.

Si algunos de los síntomas anteriormente mencionados ocurren, usted debe notificarle al personal médico mediante una cita, tan pronto sea posible.

4. El no tomar este medicamento según lo es recetado por el médico puede resultar en el empeoramiento de sus síntomas. Sin embargo, algunos de los síntomas de la ansiedad y los desordenes relacionados pueden mejorar o hasta desaparecer sin tomar el medicamento.

5. Otras alternativas de tratamiento pueden incluir otros medicamentos con beneficios similares que pueden causar algunos de los mismos efectos secundarios que usted puede experimentar con este medicamento. Otros tratamientos quizá no incluyan medicamentos, pero pueden involucrar la consejería con un psicólogo u otro personal médico.

Basado en esta entrevista, evaluación, y revisión del expediente médico, es mi opinión que este paciente entiende el tratamiento sugerido, **y es competente** para dar su consentimiento.

Firma del Médico

Basado en esta entrevista, evaluación, y revisión del expediente médico, es mi opinión que este paciente **no es competente** para dar su consentimiento.

Firma del Médico

Otros asuntos discutidos

El abajo firmante certifica que él/ella ha leído el material anteriormente descrito, o se le ha explicado en un lenguaje que el/ella entienden, y por este medio da consentimiento al tratamiento sin más preguntas adicionales. Yo entiendo que puedo dejar de tomar este medicamento en cualquier momento con solo contactarle al médico. Sin embargo, yo entiendo que el dejar de tomar el medicamento repentinamente no es generalmente lo más aconsejable.

Firma del Reo

Número del Reo

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Psiquiatra o Médico

Fecha