

Unidades de Especialidades Médicas. Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA).

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, yo: _____ otorgo mi consentimiento para participar en un programa de intervención para el consumo de sustancias, que consiste de una evaluación diagnóstica; además de un tratamiento conformado por _____ (anotar el número) sesiones que puede variar de acuerdo a mis necesidades de atención, con una duración de 60 minutos, cada una.

Se me ha informado que mi participación en la intervención permitirá realizar una evaluación y análisis de mi consumo de sustancias, permitiendo la adquisición de conocimientos y habilidades que facilitarán la modificación de mi consumo.

Acepto asistir de manera puntual a las sesiones, avisando a mi terapeuta con al menos un día de anticipación en caso de inasistencia.

Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo posterior al tratamiento para asistir a sesiones de seguimiento que pueden ser al 1er, 3er, 6to y 12vo meses. Éstas tienen el objetivo de evaluar los cambios obtenidos durante el tratamiento y detectar dificultades de manera oportuna para prevenir recaídas.

En caso necesario, mi terapeuta tendrá la facultad de referirme a alguna clínica de desintoxicación u otro centro de atención especializada en el tratamiento de las adicciones, de atención médica y/o psiquiátrica, en el entendido de que será en beneficio de mi proceso terapéutico.

La relación con mi terapeuta será únicamente profesional y se basará en el respeto mutuo y en el seguimiento de los derechos civiles y humanos.

La información contenida en el expediente clínico será manejada bajo las normas de confidencialidad y el principio ético del secreto profesional y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante mi consentimiento escrito o por orden de la autoridad competente, tales como: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

La información recabada en el expediente podrá ser utilizada con fines de investigación clínica, respetando en todo momento la confidencialidad y sin que represente algún riesgo hacia mi persona. Además, no se realizarán grabaciones en audio, video o fotografías, sin una explicación previa de su finalidad y sin mi previa autorización.

La carta de consentimiento puede ser revocada en el momento que así lo desee, informando oportunamente al terapeuta y firmando la Carta de Egreso Voluntario, otorgando el permiso para informar a un familiar cercano.

La presente se llevó a cabo en la UNEME-CAPA _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DEL USUARIO

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL

(En caso de ser menor de edad y/o mandato legal).

En caso de que mi familiar esté siendo atendido dentro de la unidad, expreso mi conocimiento respecto al compromiso e importancia de mi participación en el acompañamiento durante su intervención.

NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA



Ficha de identificación

Paciente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre*(s)	Apellido paterno*	Apellido materno*

Referido por*: Familia, escuela propia, trabajo, escuela, Centro de Orientación Médica, instancias de procuración de justicia, servicios de salud (IMSS, ISSSTE, Co., CONAFOR) establecimientos privados, algún otro medio de conocimiento de UNEME-CAPA.

No. de Expediente*	<input type="text"/>	Sexo* <input type="text"/> (M / F)	Estado Civil* <input type="text"/>	Religión* <input type="text"/>
Lugar de nacimiento*	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento* <input type="text"/>	Edad* <input type="text"/>	
Grupo Sanguíneo	<input type="text"/>	(dd / mm / aaaa)		

¿Habla o entiende alguna lengua Indígena?*	<input type="text"/>	¿ Ha vivido fuera del país por más de 6 meses (Migrantes)?*	<input type="text"/>
(Indicar cual)		(SI / NO)	
Derechahabiente <input type="text"/>	Núm. Derechahabiente <input type="text"/>		
(IMSS, ISSSTE etc...)			

Motivo de consulta*

RFC <input type="text"/>	CURP <input type="text"/>	Ocupación* <input type="text"/>	Escolaridad* <input type="text"/>
--------------------------	---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Dirección* Calle y núm <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
Colonia <input type="text"/>	Estado <input type="text"/>
Delegación ó Municipio <input type="text"/>	Localidad <input type="text"/>
Tipo Teléfono <input type="text"/> (Casa / Oficina / Recados / Familiar)	<input type="text"/> (Casa / Oficina / Recados / Familiar)
Teléfono (s)* <input type="text"/> clave <input type="text"/> No. Teléfono <input type="text"/>	Teléfono (s) <input type="text"/> clave <input type="text"/> No. Teléfono <input type="text"/>

*Campos Obligatorios

Fam. Contacto

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre (s)*	Apellido paterno*	Apellido materno*

Parentesco* <input type="text"/>	
Dirección* Calle y núm <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
colonia <input type="text"/>	Estado <input type="text"/>
Delegación ó Municipio <input type="text"/>	Localidad <input type="text"/>
Tipo Teléfono <input type="text"/> (Casa / Oficina / Recados / Familiar)	<input type="text"/> (Casa / Oficina / Recados / Familiar)
Teléfono (s)* <input type="text"/> clave <input type="text"/> No. Teléfono <input type="text"/>	Teléfono (s) <input type="text"/> clave <input type="text"/> No. Teléfono <input type="text"/>

*Campos Obligatorios

2do. Contacto					
Nombre (s)*		apellido paterno*		apellido materno*	
Parentesco*					
Dirección*					
Calle y núm		C.P.		Estado	
colonia		Localidad			
Delegación Municipio		Localidad			
Tipo Teléfono		(Casa / Oficina / Recados / Familiar)			
Teléfono (s)*		Teléfono (s)		Teléfono (s)	
clave		No. Teléfono		clave	
*Campos Obligatorios					
3er. Contacto					
Nombre (s)*		apellido paterno*		apellido materno*	
Parentesco*					
Dirección*					
Calle y núm		C.P.		Estado	
colonia		Localidad			
Delegación Municipio		Localidad			
Tipo Teléfono		(Casa / Oficina / Recados / Familiar)			
Teléfono (s)*		Teléfono (s)		Teléfono (s)	
clave		No. Teléfono		clave	
*Campos Obligatorios					