NO FIRME ESTE FORMULARIO SINO HASTA QUE TENGA TODA LA INFORMACION QUE DESEA CON RESPECTO AL TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO (ECT - *ELECTROCONVULSIVE TREATMENT*).

La naturaleza y gravedad de mi estado mental para el cual se ha recomendado el ECT, es _____

_____

RECOMENDACION: Entiendo que el ECT es el proceso de pasar estimulación (corriente) eléctrica a través del cerebro por unos segundos de modo adecuado para producir una convulsión. En mi caso, es posible que los tratamientos se me darán _____ veces por semana durante _____ semanas, que no excedan de un total de _____ tratamientos y sin que transcurran más de 30 días del primer tratamiento. No se me darán tratamientos adicionales sin mi consentimiento por escrito.

Se han considerado otros métodos de tratamiento y alternativas (tales como sicoterapia y/o medicamentos) y, al presente, mi doctor no los recomienda porque

MEJORAMIENTO: Entiendo que el ECT puede acabar con o reducir la depresión, agitación y pensamientos inquietantes. En mi caso, es posible que la mejoría sea permanente; que no haya mejoría, o que la mejoría dure sólo unos cuantos meses. Sin este tratamiento, mi estado puede mejorar, empeorar o continuar con un ligero cambio o sin cambio alguno.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS: Entiendo que hay división de opiniones en lo que respecta a la eficacia de este tratamiento así como dudas de cómo funciona este procedimiento.

Entiendo, igualmente, que este tratamiento puede tener efectos secundarios breves: dolores de cabeza, dolencia de los músculos y confusión.

Puede haber pérdida de la memoria que puede durar menos de una hora o es posible que resulte una pérdida de la memoria esporádica permanentemente. La pérdida de la memoria y la confusión pueden aminorarse con el uso unilateral (de un sólo lado) de estimulaciones (corrientes) eléctricas en el cerebro, en vez de recibir la estimulación (corriente) de forma bilateral (en los dos lados).

Durante estos tratamientos se utilizarán anestesia y relajantes musculares para evitar lesiones o daños accidentales. Se administrará oxígeno para reducir al mínimo el riesgo pequeño que existe de que pudiera ocurrir un malfuncionamiento del corazón, pulmón, o cerebro o inclusive la muerte, como resultado de la anestesia o el tratamiento.

Mi doctor indica que yo tengo las siguientes condiciones que aumentarán los riesgos en mi caso:

TENGO EL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR ESTE TRATAMIENTO. SI DOY MI CONSENTIMIENTO, TENGO EL DERECHO DE REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR CUALQUIER RAZON, Y EN CUALQUIER TIEMPO ANTES DE, O ENTRE TRATAMIENTOS.

El doctor _____ me ha explicado la información que aparece arriba a mi satisfacción. Por lo menos han transcurrido 24 horas desde que la información arriba mencionada me fue explicada. He leído cuidadosamente, o se me ha leído este formulario y lo entiendo así como la información que se me ha proporcionado.

POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA ECT

_____	_____	_____
Firma	Fecha y hora	Firma del testigo