

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Developmental Disabilities

**CONSENT FOR USE OF BEHAVIOR-MODIFYING MEDICATIONS
WITH A BEHAVIOR TREATMENT PLAN**

CLIENT'S NAME <i>(Last, First, M.I.)</i>		BIRTHDATE
MEDICATION PRESCRIBED	DOSAGE	DATE SEEN

The above client was seen by me on the aforementioned date. I have prescribed the medication and maximum dosage as stated above, for a period of time not to exceed 12 months from the date of my order.

REASON(S) FOR PRESCRIBING THE MEDICATION

EXPECTED BENEFITS

PROBABLE SIDE EFFECT(S)

PRECAUTIONS TO BE TAKEN

I have determined that the expected benefits outweigh the potential risks. The responsible person or any or any IPP Team Member is invited and encouraged to attend any psychotropic medication reviews.

PHYSICIAN'S NAME <i>(Please print)</i>	PHONE NO. ()
PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE

NOTE: Retain this page for your records. Sign and date page 2 and return it to your DDD case manager.

Equal Opportunity Employer/Program ♦ Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, and the Age Discrimination Act of 1975, the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, and disability. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the Division of Developmental Disabilities ADA Coordinator at 602 542-6825; TTY/TDD Services: 7-1-1. ♦ Español en el reverso.

SIGNATURE PAGE *(Please sign and date the appropriate section and return it to your DDD Case Manager.)*

SECTION I

I, the undersigned, have received and understand the information on the previous page concerning the expected results and side effects pertaining to the use of _____,

(Medication)

with a maximum dosage of _____, for a period not to exceed 12 months.

I hereby give my consent to the use of this medication for _____.

(Client's Name)

CLIENT/RESPONSIBLE PERSON'S SIGNATURE

DATE

SECTION II

I, the understand, have reviewed the need for a behavior-modifying medication for _____

(Client's Name)

_____ and DO NOT give my consent for the administration of this medication.

My reason for refusing to give consent is _____

Multiple horizontal lines for providing a reason for refusing consent.

CLIENT/RESPONSIBLE PERSON'S SIGNATURE

DATE

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA
División de Incapacidades del Desarrollo

**PERMISO PARA USAR MEDICAMENTOS QUE AFECTAN A LA CONDUCTA,
JUNTO CON EL PLAN DE TRATAMIENTO**

NOMBRE DE CLIENTE (<i>Apellido, nombre, inicial</i>)		FECHA DE NACIMIENTO
MEDICAMENTO RECETADO	DOSIFICACION	FECHA DE VISITA AL MEDICO

He visto al cliente de referencia en la fecha que aparece arriba. He recetado el medicamento y su dosificación máxima, según señalado arriba, por un periodo no mayor de 12 meses a partir de la fecha de mi receta.

RAZON(ES) PARA RECETAR EL MEDICAMENTO

BENEFICIOS ESPERADOS

EFECTO(S) SECUNDARIO(S) PROBABLE(S)

PRECAUCIONES A TOMAR

He determinado que los beneficios esperados son mayores que los riesgos potenciales. Se invita y recomienda a la persona responsable o a cualquier miembro del equipo IPP a que asista(n) a las revisiones para uso de medicamentos psicotrópicos.

NOMBRE DEL MEDICO (<i>En letra de imprenta</i>)	TELÉFONO ()
FIRMA DEL MEDICO	FECHA

NOTA: Guarde esta hoja para sus archivos; firme y feche página 2 y devuélvala a su Administrador(a) de Caso DDD.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ♦ English on front.

PAGINA PARA FIRMAR (Por favor firme y feche la sección apropiada y devuélvala a su Administrador(a) de Caso DDD.)

SECCION I

Yo, el (la) abajo firmante, he recibido y entiendo la información en la página 1 con respecto a los resultado esperados y efectos secundarios probables asociados con el uso de _____,

(Medicamento)

con dosificación máxima de _____, por un periodo no mayor de 12 meses.

Por la presente doy permiso para que se use este medicamento para _____.

(Nombre del cliente)

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

SECCION II

Yo, el (la) abajo firmante, he revisado la necesidad de usar medicamento que afecta a la conducta para _____

(Nombre del cliente)

_____ y NO doy permiso para que se administrar este medicamento.

Mi razón para negar permiso es _____

Multiple horizontal lines for providing a reason for denying permission.

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA