

## Formulario de información del cliente

**Introducción:** El cliente debe revisar y completar este Formulario de información del cliente con un facilitador antes de participar en una sesión de administración. El facilitador debe proporcionar este formulario en otros idiomas o formatos accesibles a solicitud del cliente. Si el facilitador no puede proporcionar un Formulario de información del cliente traducido o accesible a solicitud del cliente, no podrá realizar la sesión de administración con el cliente. **Se debe responder cada pregunta indicando “sí” o “no”.**

Preguntas	Sí	No
¿Ha tomado el medicamento recetado Lithium en los últimos 30 días? (3)(a)		
¿Está recibiendo tratamiento por parte de algún proveedor médico, clínico u otro proveedor de atención médica por alguna afección médica, de salud mental o salud del comportamiento? (3)(b)		
¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica al consumir champiñones u otros hongos? (3)(c)		
¿Está tomando algún medicamentos con receta, medicamentos sin receta o suplementos nutricionales que quizás deba tomar durante la sesión de administración? (3)(d)		
¿Necesitará la ayuda de un intérprete durante la sesión de administración? (3)(e)		
¿Necesitará una persona de apoyo al cliente que le ayude con catéteres, bolsas de estoma o para usar el baño, o necesitará apoyo para caminar o trasladarse o la ayuda de dispositivos médicos durante la sesión de administración? (3)(f)		
¿Necesitará una persona de apoyo al cliente que le ayude con dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (Augmentative and Alternative Communication, AAC) o con dispositivos de asistencia auditiva durante la sesión de administración? (3)(g)		
¿Piensa en hacerse daño o hacerles daño a otros o desea hacer esto? (3)(h)		
¿Tiene antecedentes de haberse hecho daño o haberles hecho daño a otros o de haber deseado hacer esto? (3)(i)		
¿Alguna vez se le diagnosticó psicosis activa o recibió tratamiento para la psicosis activa? (3)(j)		
¿Está embarazada o amamantando? (3)(k)		
¿Necesita dispositivos de asistencia para la movilidad? (3)(l)		
¿Necesitará ayuda para consumir los productos de psilocibina? (3)(m)		
¿Le gustaría informarle a su facilitador sobre otras afecciones, sensibilidades o problemas de salud? (3)(n)		

**El cliente puede escribir su respuesta a las siguientes preguntas.**

¿Le gustaría compartir algo sobre sus antecedentes médicos, incluidos medicamentos actuales, que cree que podría ser útil para la sesión de administración?

¿Le gustaría compartir algo sobre sus antecedentes de salud mental, incluidas experiencias traumáticas, que cree que podría ser útil para la sesión de administración?

¿Le gustaría compartir algo sobre comportamientos específicos, estímulos internos o externos (“factores desencadenantes”), que podrían hacerle sentir incómodo durante la sesión de administración?

¿Le gustaría compartir algo sobre sus antecedentes de consumo de sustancias, incluido el consumo de sustancias actual, que cree que podría ser útil para la sesión de administración?

¿Le gustaría compartir experiencias pasadas con alucinógenos o estados alterados de la conciencia?

¿Le gustaría compartir información sobre sus relaciones, sus condiciones de vida o su entorno educativo o laboral que pueden verse afectados por su sesión de administración o que pueden necesitar la planificación de medidas de seguridad o apoyo adicionales?

## Revisión y evaluación del facilitador

Esta sección del Formulario de información del cliente es utilizada por el facilitador. El facilitador debe evaluar las respuestas a las preguntas enumeradas en el Formulario de información del cliente como se describe en la [Norma Administrativa de Oregon \(Oregon Administrative Rule, OAR\) 333-333-5050 \(3\)](#) para determinar si el cliente debe participar en la sesión de administración.

- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(a)**, este no podrá participar en la sesión de administración.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(b)**, el facilitador le recomendará que consulte con un proveedor médico, clínico u otro proveedor de atención médica sobre el riesgo de consumir psilocibina.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(c)**, se le debe recomendar que consuma un producto de psilocibina alternativo en lugar de hongos enteros u homogeneizados durante la sesión de administración.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(d)**, el facilitador debe recomendarle que programe su sesión de administración en un momento que le permita participar sin tomar ningún medicamento. El facilitador también debe recomendarle que consulte con un farmacéutico o proveedor médico, clínico u otro proveedor de atención médica sobre las contraindicaciones. Si el cliente debe tomar algún medicamento durante la sesión de administración, este y el facilitador deben trabajar juntos para identificar si el cliente podrá administrarse el medicamento por su cuenta. Si el cliente no puede administrarse el medicamento por su cuenta, este debe identificar a una persona de apoyo al cliente que esté disponible para administrar el medicamento cuando se necesite.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(e)**, este y el facilitador deben trabajar juntos para identificar a un intérprete adecuado que esté en persona o de forma virtual durante la sesión de administración.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(f)**, este y el facilitador deben trabajar juntos para diseñar un plan de ayuda o de dispositivos médicos por escrito.
  - Si el cliente necesita un dispositivo médico, el plan de dispositivos médicos debe describir el dispositivo médico que se necesita e indicar si el cliente podrá utilizarlo sin ayuda. Si el cliente no puede utilizar el dispositivo médico sin ayuda, el plan de dispositivos médicos por escrito debe identificar a una persona de apoyo al cliente que esté disponible para ayudarle con el dispositivo médico cuando se necesite.
  - Si el cliente necesita ayuda con catéteres, bolsas de estoma o para usar el baño, o apoyo para caminar o trasladarse, el plan de ayuda debe identificar el tipo de ayuda que se necesita y a una persona de apoyo al cliente que esté disponible para ayudarle.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(g)**, este y el facilitador deben trabajar juntos para identificar a una persona de apoyo al cliente adecuada que esté

presente durante la sesión de administración para ayudar con los dispositivos de comunicación alternativa o de asistencia auditiva del cliente.

- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(h)**, este no podrá participar en la sesión de administración.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(i)**, el facilitador le recomendará que consulte con un proveedor médico o clínico sobre el riesgo de consumir psilocibina.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(j)**, este no podrá participar en la sesión de administración.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(k)**, el facilitador debe informarle que se desconocen cuáles son los riesgos de consumir psilocibina durante el embarazo o la lactancia.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(l)**, este y el facilitador deben trabajar juntos para diseñar un plan por escrito que describa la manera en que el cliente saldrá del centro de servicios de forma segura en caso de que ocurra una emergencia durante la sesión de administración.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(m)**, este y el facilitador deben trabajar juntos para identificar a una persona de apoyo al cliente adecuada que esté presente para ayudar al cliente a consumir los productos de psilocibina durante la sesión de administración.
- Si el cliente responde “sí” a la pregunta **(3)(n)**, este y el facilitador deben trabajar juntos para diseñar un plan por escrito que describa las medidas razonables que tomará el facilitador en consideración a las afecciones, las sensibilidades o los problemas de salud identificados por el cliente. Por ejemplo, si el cliente tiene un sistema inmunológico comprometido, el plan por escrito describirá las medidas que se tomarán para prevenir la transmisión de virus y bacterias.

**Al firmar este formulario, reconozco que he revisado y completado este formulario en coordinación con un facilitador de servicios de psilocibina antes de participar en una sesión de administración.**

---

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

---

Firma del cliente

---

Fecha

**Al firmar este formulario, reconozco que he revisado y completado este formulario con el cliente antes de que este participe en una sesión de administración.**

---

Nombre del facilitador (en letra de imprenta)

---

Firma del facilitador

---

Fecha