

## Formulario de medicamentos y de dispositivos médicos/de asistencia del cliente

El cliente debe revisar y completar un Formulario de medicamentos y de dispositivos médicos/de asistencia del cliente con un facilitador antes de participar en una sesión de administración. Utilice este formulario para documentar cualquier medicamento recetado, medicamentos sin receta o suplementos nutricionales, dispositivos médicos, de movilidad o de asistencia para la comunicación que el cliente necesitará durante la sesión de administración y para los que el cliente **necesita o no necesita ayuda** con su administración o uso.

Este formulario debe completarse si un cliente responde “sí” a las siguientes preguntas en el formulario de Información del cliente: (3)(d), (3)(e), (3)(f), (3)(g), (3)(l) o (3)(m). Si un cliente necesita ayuda de una persona de apoyo al cliente por cualquiera de las situaciones que se indican a continuación, deberá revisarse y completarse el formulario de Plan de persona de apoyo al cliente o Intérprete del cliente.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- El cliente tomará medicamentos con receta, medicamentos sin receta o suplementos nutricionales, durante su sesión de administración y **necesita ayuda** con la administración de dichos medicamentos con receta, medicamentos sin receta o suplementos nutricionales.. El cliente completará un Plan de persona de apoyo al cliente.
  
- El cliente tomará medicamentos con receta, medicamentos sin receta o suplementos nutricionales, durante su sesión de administración y **no necesita ayuda** con la administración de dichos medicamentos con receta, medicamentos sin receta o suplementos nutricionales.

Enumere los medicamentos con receta, medicamentos sin receta o suplementos nutricionales:

- El cliente utilizará dispositivos médicos durante su sesión de administración y **necesita ayuda** con el uso de dichos dispositivos. El cliente completará un Plan de persona de apoyo al cliente.
- El cliente utilizará dispositivos médicos durante la sesión de administración y **no necesita ayuda** con el uso de dichos dispositivos médicos.

Describa los dispositivos médicos:

- El cliente utilizará dispositivos de movilidad durante la sesión de administración y **necesita ayuda** con el uso de dichos dispositivos. El cliente completará un Plan de persona de apoyo al cliente.
- El cliente utilizará dispositivos de movilidad durante la sesión de administración y **no necesita ayuda** con el uso de dichos dispositivos de movilidad.

Describa los dispositivos de movilidad:

- El cliente utilizará dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (Augmentative and Alternative Communication, AAC) o dispositivos de asistencia auditiva durante la sesión de administración y **necesita ayuda** con el uso de dichos dispositivos. El cliente completará un Plan de persona de apoyo al cliente.
- El cliente utilizará dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) o dispositivos de asistencia auditiva durante la sesión de administración y **no necesita ayuda** con el uso de dichos dispositivos.

Describa los dispositivos:

- El cliente **necesita ayuda** para consumir productos de psilocibina. El cliente completará un Plan de persona de apoyo al cliente.

Al firmar este formulario, reconozco que he revisado y completado este Formulario de medicamentos y de dispositivos médicos/de asistencia del cliente 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 de medicamentos y de dispositivos médicos/de asistencia del cliente con el cliente antes de que este participe en una sesión de administración.

---

Nombre del facilitador (en letra de imprenta)

---

Firma del facilitador

---

Fecha