

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