

Tomar decisiones relacionadas con los medicamentos

Use esta hoja de trabajo para iniciar conversaciones con su equipo de tratamiento acerca de sus preferencias y para tomar una decisión informada que se adapte de la mejor manera posible a sus necesidades.

DECISIÓN

¿Con qué decisión me enfrento? **Cómo elegir un medicamento**

¿Quiénes quiero que participen en esta decisión?

- Yo
- Mi médico
- Mi terapeuta
- Mi trabajador social/administrador de caso
- Un miembro de mi familia, mi cónyuge/pareja o un amigo _____
- Otro _____
- Otro _____

VALORES Y PREFERENCIAS

Piense en sus antecedentes médicos, sus experiencias con medicamentos, y cuáles son sus valores y preferencias con respecto a este tema. Asegúrese de compartírselos con su médico y los miembros de su equipo de tratamiento.

¿Qué es importante para mí (mis valores) y cuáles son mis experiencias?

¿CUÁLES SON MIS OPCIONES?

Con la ayuda de su equipo de tratamiento, usted puede reunir información y contar con una lista de las opciones disponibles para usted.

NOMBRE

PROPÓSITO

MEDICAMENTO A

MEDICAMENTO B

MEDICAMENTO C

DEJAR DE TOMAR MEDICAMENTOS

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Trabaje con su red de apoyo para tomar una decisión informada. Juntos, pueden hacer una lista de las ventajas y desventajas en función de sus preferencias y evaluar sus opciones. Use estrellas (★) para mostrar la importancia de una ventaja o desventaja para usted. Cinco estrellas (★★★★★) indica que es “muy importante”. Ninguna estrella significa que “no es en absoluto importante”.

MEDICAMENTO A:			
+VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa
MEDICAMENTO B:			
+VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa
MEDICAMENTO C:			
+VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa
DEJAR DE TOMAR MEDICAMENTOS			
+VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa

AHORA, ES EL MOMENTO DE TOMAR UNA DECISIÓN

¿Cuál de las opciones prefiero?

- OPCIÓN A**
 OPCIÓN B
 OPCIÓN C
 NO ESTOY SEGURO/A

¿Cuál de las opciones prefiere su médico?

- OPCIÓN A**
 OPCIÓN B
 OPCIÓN C
 NO ESTOY SEGURO/A

¿Estamos mi médico y yo de acuerdo con esta decisión sobre la medicación?

- SÍ**
 NO

No está totalmente de acuerdo, ¿hay una decisión que ambos pensamos sería razonable?

- SÍ**
 NO

Para obtener más información y recursos de recuperación gratuitos, visite

www.ChoicesInRecovery.com