

## Consentimiento informado

### Introducción:

En el estado de Oregon, los servicios de psilocibina incluyen una sesión de preparación, una de administración y una de integración. Usted debe recibir este formulario de consentimiento informado antes de su sesión de preparación o en el transcurso de esta. Durante la sesión de preparación, su facilitador revisará y analizará este formulario con usted. Asegúrese de leer y comprender cada sección porque debe firmar el formulario antes de que comience la sesión de administración. Si no comprende alguna parte de este documento, pídale a su facilitador que se la aclare antes de firmar.

### Se me informó y comprendo lo siguiente: (Escriba sus iniciales en cada uno de los puntos a continuación)

1. \_\_\_\_ He revisado la Declaración de derechos del cliente de los servicios de psilocibina, mi facilitador me la ha explicado y comprendo mis derechos como cliente.
2. \_\_\_\_ Comprendo que los servicios de psilocibina no exigen un diagnóstico médico ni una derivación y que los servicios de psilocibina no constituyen un tratamiento médico ni clínico.
3. \_\_\_\_ Comprendo que la Administración de Alimentos y Medicamentos no ha aprobado la psilocibina y que el gobierno federal actualmente clasifica a la psilocibina como una sustancia controlada del Anexo I en virtud de la Ley de Sustancias Controladas.
  - a. La ley federal prohíbe la fabricación, distribución y posesión de psilocibina incluso en ciudades y estados que han adoptado leyes para permitir su posesión o uso.
  - b. A pesar de su estado federal de Anexo I, la investigación sugiere que es muy poco probable que la psilocibina sea adictiva. Además, la investigación y otra información sugieren que la psilocibina puede mejorar los síntomas de depresión, ansiedad, angustia al final de la vida, diversas formas de trauma y consumo problemático de sustancias.
4. \_\_\_\_ Comprendo que no hay una comprensión total de los riesgos, los beneficios y las interacciones farmacológicas de la psilocibina y que los resultados individuales pueden variar.

5. \_\_\_\_ Comprendo que para algunas personas las sesiones de administración de psilocibina han resultado ser un desafío o una experiencia incómoda. Entre los posibles y frecuentes efectos secundarios se incluyen náuseas, dolor de cabeza leve, fatiga, ansiedad, confusión, aumento de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, paranoia, cambios de percepción, patrones de pensamiento alterados, disminución de las inhibiciones, recuperación de recuerdos reprimidos y traumas pasados, y percepción alterada del tiempo y del entorno propio. Si se presentan, estos efectos secundarios suelen ser leves y temporales. Debido a que no hay una comprensión total de los posibles riesgos y beneficios de la administración de psilocibina, es posible que se presenten efectos secundarios imprevistos.
6. \_\_\_\_ Comprendo que si estoy tomando medicamentos recetados o tengo una afección médica o una afección de salud mental, debo considerar consultar con un proveedor médico o clínico antes de participar en una sesión de administración.
7. \_\_\_\_ Comprendo que la psilocibina se obtiene de los hongos. Si tengo una alergia conocida a los champiñones, debo consultar con un proveedor médico o clínico antes de participar en una sesión de administración.
8. \_\_\_\_ Comprendo que se desconocen cuáles son los riesgos de consumir psilocibina durante el embarazo o la lactancia.
9. \_\_\_\_ Comprendo que los facilitadores no pueden utilizar el tacto al proporcionar los servicios de psilocibina sin mi consentimiento previo por escrito. Mi facilitador y yo hemos analizado tipos aceptables de tacto de apoyo y el requisito de proporcionar consentimiento previo por escrito antes del comienzo de mi sesión de administración.
10. \_\_\_\_ Comprendo que los facilitadores pueden ser informantes obligatorios de abuso. Si mi facilitador es un informante obligatorio, este ha compartido esta información conmigo y explicado sus obligaciones legales de denunciar el abuso.
11. \_\_\_\_ Comprendo que los facilitadores tienen el deber de denunciar ante el Oregon Health Authority conductas impropias que dañen o pongan en peligro a un cliente. Si la conducta impropia presenta un riesgo inmediato para la salud y seguridad, los facilitadores tienen el deber de comunicarse con los servicios de emergencia.
12. \_\_\_\_ Acepto seguir mi plan de transporte acordado. Comprendo que el facilitador puede comunicarse con los servicios de emergencia si el hecho de no seguir mi plan de transporte presenta un riesgo para mi seguridad o la seguridad de otros.
13. \_\_\_\_ Comprendo que el consumo de psilocibina es completamente voluntario y puedo decidir no consumir dicha sustancia en cualquier momento.

14. \_\_\_\_ Comprendo que tengo el derecho de actualizar mi formulario de información del cliente antes del comienzo de la sesión de administración y tengo el derecho de recibir una copia de mi Formulario de información del cliente a solicitud.
15. \_\_\_\_ Comprendo que si los datos anonimizados recogidos por facilitadores y centros de servicios se comparten con personas e instituciones ajenas al facilitador o al centro de servicios de psilocibina, se me debe proporcionar un formulario de divulgación que describa quién recibirá los datos y cómo se utilizarán, y que tengo la posibilidad de optar por excluirme de que mis datos anonimizados se proporcionen a terceros.
16. \_\_\_\_ Comprendo que los datos que pueden utilizarse para identificarme como cliente solo se compartirán en la medida en que lo permita o exija la ley. Específicamente, en los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes, ORS), el ORS 475A.450 permite la divulgación en las siguientes circunstancias:
- (1) cuando el cliente o una persona autorizada para actuar en nombre del cliente dan su consentimiento para la divulgación;
  - (2) cuando el cliente inicia acciones judiciales o presenta una queja contra el organizador del centro de servicios de psilocibina, el facilitador de los servicios de psilocibina o el empleado;
  - (3) cuando la comunicación revela la intención de cometer un delito dañino para el cliente u otros;
  - (4) cuando la comunicación revela que un menor de edad puede haber sido víctima de un delito o de abuso físico, sexual o emocional o negligencia; o
  - (5) cuando se responde a una consulta del Oregon Health Authority realizada durante el transcurso de una investigación sobre la conducta del organizador del centro de servicios de psilocibina, el facilitador de los servicios de psilocibina o el empleado en virtud del ORS 475A.210 al 475A.722.
17. \_\_\_\_ Comprendo que mi facilitador puede tomar breves pausas para ir al baño durante mi sesión de administración.
18. \_\_\_\_ Comprendo que por mi propia seguridad, se desalienta enérgicamente retirarse del centro de servicios de psilocibina durante una sesión de administración una vez que ha comenzado. Hacerlo podría llevar a riesgos legales y de seguridad.
19. \_\_\_\_ Comprendo y mi facilitador me explicó los posibles beneficios, riesgos y complicaciones de los servicios de psilocibina en la medida en que se conocen.
20. \_\_\_\_ Mi facilitador me ha informado sobre la ubicación de los baños para clientes y los protocolos para el uso de los baños durante la sesión de administración.

21. \_\_\_\_ Mi facilitador ha compartido información sobre la verificación del estado de licencias y el proceso de presentación de quejas ante el Oregon Health Authority.
22. \_\_\_\_ He tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre aspectos que no comprendía o que necesitaban aclaración.
23. \_\_\_\_ Si participo en una sesión de administración grupal, comprendo que notaré los efectos de la psilocibina en presencia de otros clientes que también estarán notando dichos efectos y que es posible que reaccionen a la experiencia de otra manera.
24. \_\_\_\_ Entiendo que los tiempos de activación de los productos de psilocibina son variables y no se pueden predecir con precisión.
25. \_\_\_\_ Reconozco que se desconocen los riesgos y beneficios de consumir dosis superiores a 35 mg de analito de psilocibina.
26. \_\_\_\_ Si consumo hongos enteros durante una sesión de administración, comprendo que el contenido de psilocibina puede variar entre los cuerpos fructíferos individuales.
27. \_\_\_\_ Comprendo que se desconocen los riesgos y beneficios del uso repetido de la psilocibina.
28. \_\_\_\_ Comprendo que el facilitador tiene el deber de llamar a los servicios de emergencia si es necesario y el cliente asume la responsabilidad por los costos de los servicios de emergencia.
29. \_\_\_\_ Comprendo que deberá identificar a un contacto de emergencia y el facilitador o centro de servicios pueden comunicarse con esta persona en caso de una emergencia médica o de otro tipo.
30. \_\_\_\_ Comprendo que es posible que deba pagar una tarifa de cancelación si cancelo una sesión programada de preparación, administración o integración.
31. \_\_\_\_ Comprendo que tengo el derecho de elegir a mi facilitador y si el facilitador tiene autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo sobre mí, tendré la posibilidad de recibir los servicios de psilocibina por parte de otro facilitador.
32. \_\_\_\_ Entiendo que los representantes del centro de servicio con licencia pueden estar presentes durante mi sesión administrativa para ayudar a los facilitadores autorizados con las operaciones.

Nombre (en letra de impre nta)

Fecha

Firma