

## Start Talking! Minor Consent for Controlled Substances

Patient name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Controlled substance name: \_\_\_\_\_

Does the controlled substance contain an opioid?  Yes  No

Quantity prescribed: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Number of refills: \_\_\_\_\_

This form must be completed before issuing a minor the first prescription in a single course of treatment for a controlled substance containing an opioid, regardless of whether the dosage is modified during the course of treatment.

The prescribed drug is a controlled substance containing an opioid. This means the medication has been identified by the United States Drug Enforcement Administration as having a potential for abuse, dependence, or misuse.

**I certify I have discussed the following with the minor patient and the patient's parent, guardian or authorized adult\*:**

1. The risks of addiction and overdose associated with a controlled substance containing an opioid.
2. The increased risk of addiction to controlled substances for individuals suffering from both mental and substance abuse disorders.
3. The dangers of taking controlled substances containing opioids along with benzodiazepines, muscle relaxers, alcohol or other central nervous system depressants.
4. Any other information in the patient counseling information section of the labeling for the medication required by Federal law.

### Consent

I certify that I read or understand and write in English. I have read or another person has read to me the above consent. I fully understand the above consent written in English. I have had my questions answered.

_____ <b>Minor Patient Signature</b>	_____ <b>Date</b>
_____ <b>Parent/Legal Guardian Signature</b>	_____ <b>Date</b>
_____ <b>*Adult Authorized to Consent to Minor's Treatment Signature</b>	_____ <b>Date</b>
_____ <b>Provider Signature</b>	_____ <b>Date</b>

\*An adult to whom a minor's parent or guardian has given written authorization to consent to the minor's medical treatment. The prescription must be limited to not more than a single 72-hour supply if the person consenting to treatment is an adult authorized to consent to a minor's treatment.

## Comienza Hablando! Consentimiento de Menor de Edad sobre Sustancias Controladas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la sustancia controlada: \_\_\_\_\_

Esta sustancia controlada contiene opioides?  Si  No

Cantidad prescrita: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Número de reposiciones: \_\_\_\_\_

Este formato debe ser completado antes de entregar al menor la primera prescripción de una sustancia controlada que contenga opioides en un ciclo único de tratamiento, sin importar que la dosis sea modificada durante el curso del tratamiento.

La droga prescrita es una sustancia controlada que contiene opioides. Esto significa que la medicina ha sido identificada por la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos (DEA) como potencial objeto de abuso, dependencia o mal uso.

**Certifico que he discutido con el paciente menor de edad y sus padres, representante legal o adulto autorizado\* lo siguiente:**

1. El riesgo de adicción y sobredosis asociada con a una sustancia controlada que contiene opioides.
2. El aumento en el riesgo de adicción de sustancias controladas en individuos que sufren de desorden mental y de abuso de sustancias.
5. Los peligros de tomar sustancias controladas que contienen opioides junto con benzodiazepina, relajantes musculares, alcohol u otro depresor del sistema nervioso central.
3. Cualquier otra información en la sección de información de asesoramiento al paciente de la etiqueta del medicamento requerida por la ley federal.

### Consentimiento

Certifico que leo, entiendo y escribo en español. He leído u otra persona me ha leído este consentimiento. Entiendo claramente el consentimiento escrito en español. Mis preguntas ha sido contestadas.

_____ <b>Firma del Paciente Menor de Edad</b>	_____ <b>Fecha</b>
_____ <b>Firma del Padre o Representante Legal</b>	_____ <b>Fecha</b>
_____ <b>*Firma del Adulto Autorizado</b>	_____ <b>Fecha</b>
_____ <b>Firma del Proveedor</b>	_____ <b>Fecha</b>

\*Un adulto a quien los padres o representante legal del menor le han dado autorización escrita para tomar decisiones relacionadas con tratamientos para el menor de edad. La prescripción debe ser limitada a no mas de un suplemento de 72 horas si la persona que firma el consentimiento es un adulto autorizado.