


| | | |
|---|----------------------|----------------|
|  | Affix Patient Label | |
| | Nombre del paciente: | Fecha de nac.: |

Bronson Medical Practices - Acuerdo sobre seguridad en el manejo del dolor y sustancias controladas

Los medicamentos cubiertos por este acuerdo (ver el anexo para la lista de medicamentos de las Clasificaciones I a V):

- Medicamentos controlados para la ansiedad, trastorno de déficit de atención (ADD, en inglés), etc.
- Analgésicos narcóticos

Motivos y propósito de este acuerdo:

Este acuerdo explica las reglas que debo seguir para recibir medicamentos controlados, incluidos determinados medicamentos para la ansiedad, estimulantes y medicamentos narcóticos. Debo informarle a mi proveedor si uso marihuana “médica” o cualquier droga ilegal. Por mi seguridad, el uso de la marihuana “médica” o de cualquier droga ilegal se desaconseja enfáticamente y podría hacer que mi proveedor deje de atenderme. Este acuerdo tiene como fin ayudar a mi proveedor médico y a mí a cumplir con las leyes acerca de estos medicamentos. (Un proveedor médico puede ser un médico, enfermero especializado o asociado médico).

Los riesgos de los analgésicos narcóticos son:

- Dependencia psicológica. Esto significa que obtener y usar el medicamento se vuelve una de las cosas más importantes de mi vida. Esto puede disminuir mi calidad de vida. La dependencia psicológica puede suceder incluso cuando los medicamentos narcóticos se usan correctamente para el alivio del dolor.
- Dependencia física. Esto significa que, si dejo de tomar los medicamentos narcóticos repentinamente, podría tener síntomas de abstinencia. Los síntomas de abstinencia pueden incluir ansiedad, dolores corporales, temblores, respiración rápida, vómitos y diarrea. La dependencia física es probable que les suceda a todas las personas que usan narcóticos en forma continua. Esto no significa que sea un adicto.

Mi proveedor médico responderá las preguntas que tenga sobre la dependencia psicológica o física.

Al firmar este acuerdo, acepto lo siguiente:

- Cumplir con mi plan de tratamiento médico, incluso entre otras cosas, medicina conductual, consejería, terapia física y remisión a un especialista para el dolor.
- Cumplir con todas las citas programadas con mi proveedor médico, terapeutas, consejeros y especialistas del dolor. Si pierdo o cancelo tres citas o más con mi equipo de manejo del dolor, mi proveedor médico podría dejar de verme como paciente.
- Hablar con mi proveedor médico sobre la naturaleza y la intensidad de mi dolor o la gravedad de otras afecciones de la salud que necesitan medicamentos. Esto me ayudará a obtener el tratamiento adecuado.
- Volver a surtir mi receta en las citas con mi proveedor médico durante el horario regular del consultorio. Sé que podría tomar de 2 a 3 días hábiles volver a surtir las recetas solicitadas por teléfono. No se volverán a surtir recetas los fines de semana o durante la noche. Las recetas no se pueden volver a surtir antes de tiempo. No llamaré al médico de “guardia”.
- Tomar mi medicamento controlado solo según las indicaciones. No lo compartiré con nadie. Se me podría pedir que traiga mi medicamento para demostrar esto.
- No alterar ni cambiar la receta escrita por mi proveedor médico (esto es un delito federal).

(Original para el Archivo clínico; Copia para el Paciente; Copia para la Farmacia indicada arriba)



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

- Obtener estos medicamentos controlados solo de _____, mi proveedor médico. Surtiré la receta en esta farmacia: _____. Si necesito ir a una farmacia diferente, le pediré permiso a mi proveedor médico.
- Le informaré de inmediato a mi proveedor médico si otro proveedor me receta un medicamento para el dolor/medicamento controlado para un diagnóstico específico a corto plazo. Por ejemplo, el dolor después de una cirugía puede ser manejado por un cirujano mientras que los medicamentos para el trastorno por déficit de atención y los medicamentos para la ansiedad son recetados por mi proveedor médico principal.

Yo soy responsable de proteger mis medicamentos recetados. Si se pierden o se derraman NO serán reemplazados. Si me los roban, tendré que mostrar el informe policíaco antes de posiblemente obtener más. No se garantiza el reemplazo de las recetas.

Antes de que se me dé cualquier medicamento debo entregar mi historial médico a mi proveedor médico. Acepto dar una muestra de orina, saliva o sangre para hacer un análisis de detección de drogas en cualquier consulta mientras reciba medicamentos controlados. Mi proveedor médico puede dejar de verme como paciente o dejar de proporcionarme medicamentos si obtengo un resultado positivo para:

- cualquier medicamento ilegal,
- medicamento para el dolor u otra sustancia controlada no administrada por mi proveedor médico,
- otros narcóticos controlados no recetados por mi médico, o
- la ausencia del medicamento recetado podría significar que otra persona está usando los medicamentos que se me recetan solo para mí.

Si no cumplo con este acuerdo, mi proveedor médico dejará de darme los medicamentos controlados. **Él o ella pueden dejar de atenderme como paciente.** Si esto sucede, mi proveedor médico podría reducir mis medicamentos durante un período de días para evitar síntomas de abstinencia. Podría ser necesario ingresar en un programa de dependencia de fármacos. Esto dependerá de la cantidad que estoy tomando y por cuánto tiempo he estado usando el medicamento.

Los proveedores médicos entienden que las emergencias pueden suceder. En algunos casos, se podrían hacer excepciones a este acuerdo. Las emergencias serán analizadas basándose en cada caso en particular.

Doy mi permiso para que mi proveedor médico y mi farmacéutico ayuden con cualquier organismo municipal, estatal o federal de cumplimiento de la ley, incluido el Consejo de Farmacias del Estado (State's Board of Pharmacy), en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otro uso inadecuado de mi medicamento. Mi médico puede proporcionarle una copia de este Acuerdo a mi farmacia.

Acepto cumplir con este Acuerdo. El mismo me fue explicado en su totalidad. Todas mis preguntas y preocupaciones con respecto al tratamiento fueron respondidas. Se me entregó una copia de este Acuerdo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Anexo: Lista de sustancias controladas, Programas 1-5

*(Original para el Archivo clínico; Copia para el **Paciente**; Copia para la **Farmacia indicada arriba**)*