



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

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

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

- Medicamentos controlados para la ansiedad _____ Analgésicos narcóticos _____
- Medicamentos controlados para TDA, TDAH, etc. _____
- Medicamentos controlados para dormir _____
- Medicamentos controlados para bajar de peso _____ Otros _____
- Estoy tomando _____.

Entiendo que me recetarán analgésicos narcóticos para tomar durante hasta _____ días.

Entiendo que _____ me está recetando estos medicamentos para el manejo del dolor a corto plazo. Si mi dolor siguiera siendo un problema, podría obtener otras recomendaciones para ayudar a manejar el dolor.

Motivos y propósito de este acuerdo:

Este acuerdo explica las normas que debo seguir para recibir medicamentos controlados. Esto incluye determinados medicamentos para la ansiedad, estimulantes, narcóticos y otros medicamentos. Debo informarle a mi proveedor si uso marihuana “médica” o cualquier droga ilegal. Por mi seguridad, recomendamos enérgicamente no usar marihuana “médica” ni ninguna otra droga ilegal. Su consumo 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 medicamentos controlados 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 se usan según lo indicado.
- 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, diarrea y convulsiones. La dependencia física es probable que suceda a todas las personas que usan narcóticos y algunos medicamentos para la ansiedad 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:

- Seguir mi plan de tratamiento médico. Esto podría incluir, 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 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 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” para surtir mi receta.



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

- Tomar mi medicamento 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).
- Obtener estos medicamentos controlados solo de _____, mi proveedor médico. Surtiré la receta en esta farmacia: _____. Si necesitara ir a una farmacia diferente, le pediré a mi proveedor médico que apruebe el cambio.
- Le informaré enseguida 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 esté tomando 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 falta del medicamento recetado. Esto podría significar que otra persona está consumiendo los fármacos que me recetaron exclusivamente a 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, 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 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 a la **Historia**, copia al **Paciente**)