

Acuerdo Paciente-Proveedor Para el Uso de Medicamentos Controlados a Largo Plazo Para el Dolor Crónico

Yo, _____, y _____, hemos decidido usar medicamentos controlados para tratar: _____.

(Paciente) (Proveedor)
(síntoma, causa)

PROPÓSITO

El propósito de este acuerdo es poner en claro lo que puedo esperar cuando me receten medicamentos controlados (como codeína, fentanilo, metadona, morfina, oxicodona, Percocet y Vicodin) como parte de mi tratamiento para el dolor. Describe lo que puedo esperar de mi proveedor y lo que mi proveedor espera de mí.

LAS RESPONSABILIDADES DE MI PROVEEDOR

Es la responsabilidad de mi proveedor evaluar mi dolor y crear y supervisar un plan de tratamiento que sea seguro y apropiado para mi condición. Mi proveedor también es responsable de asegurarse de que mi tratamiento se apegue a la ley sobre medicamentos controlados. Esto incluye asegurarse de que yo no haga mal uso de los medicamentos que se me receten y de que otras personas no obtengan ni usen mis medicamentos.

MIS RESPONSABILIDADES

Yo, _____ entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
(Paciente)

- Mi plan de tratamiento puede incluir otras cosas además de medicamentos, tales como: pruebas de diagnóstico, visitas de grupo o visitas a especialistas. Acepto seguir el plan de tratamiento que mi proveedor y yo hemos acordado.
- Mi plan de tratamiento puede incluir otras cosas además de medicamentos, tales como: pruebas de diagnóstico, visitas de grupo o visitas a especialistas. Acepto seguir el plan de tratamiento que mi proveedor y yo hemos acordado.
- Sólo yo tomaré estos medicamentos. No voy a compartir, regalar, prestar, vender o intercambiar estos medicamentos. No permitiré que otros usen mis medicamentos.
- Sólo voy a tomar estos medicamentos según lo indicado.
- Mis recetas médicas no se pueden reponer antes de tiempo. Me puedo quedar sin medicamentos si tomo más de lo que mi proveedor me ha indicado.
- Sólo puedo reponer mis recetas médicas durante el horario regular de la clínica y de acuerdo con la política de reposición de mi clínica.
- Guardaré mis medicamentos como mi dinero o mis joyas. No se podrán reemplazar las recetas o los medicamentos perdidos, robados o dañados.
- No buscaré medicamentos controlados en otros lugares sin antes hablar con mi proveedor. Esto incluye la atención de urgencia y en el departamento de emergencia. Informaré a mi proveedor de inmediato si me recetan otros medicamentos controlados.

Informed Consent for Long-Term Controlled Medicines for Chronic Pain

- Mis registros de farmacia podrán ser revisados.
- Me comportaré de manera respetuosa con todo el personal. No me comportaré de manera abusiva ni grosera.
- Me han aconsejado no usar drogas ilegales ni medicamentos controlados que no me hayan recetado. Se me puede pedir hacer pruebas de detección de drogas en cualquier momento.
 - Si mi prueba de drogas muestra el uso de drogas ilegales o de medicamentos controlados no recetados, mis medicamentos serán suspendidos y es posible que tenga que someterme a un tratamiento por abuso de sustancias para poder continuar recibiendo los medicamentos controlados.
 - Si mi prueba de drogas muestra que no estoy usando mis medicamentos recetados, mi proveedor puede suspender estos medicamentos.
- Cualquier tratamiento médico empieza como una prueba. Mi receta médica puede ser suspendida. Esto podría pasar si no hay signos

de que los medicamentos me estén ayudando o si hay signos de daño o mal uso.

- Hablaré con mi proveedor si estoy embarazada o quiero quedar embarazada.
- Informaré a mi proveedor si estoy tomando otros medicamentos.
- Informaré a mi proveedor sobre mi historial personal y familiar de adicción o de uso de sustancias.
- Entiendo los posibles riesgos y beneficios de estos medicamentos
- Otros términos:

- Si no cumplo con este acuerdo, mi proveedor puede dejar de recetarme los medicamentos controlados.
- Este acuerdo será revisado por lo menos una vez al año. También puede ser revisado si cambio de proveedor o dejo de cumplir con el acuerdo.

Entiendo este formulario. He podido hacer preguntas sobre este acuerdo, las cuales me fueron respondidas.

Se me ha ofrecido una copia de este formulario.

Estoy firmando este formulario porque deseo hacerlo. Acepto todos sus términos.

Paciente: **X** _____

Proveedor: _____

Fecha: _____