

# Consentimiento Informado para Administración de Medicamentos Controlados a Largo Plazo Para el Dolor Crónico

Yo, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_, hemos decidido usar medicamentos  
(Paciente) (Proveedor)

Controlados para tratar: \_\_\_\_\_  
(síntoma, causa)

## Razones para el uso de estos medicamentos y lo que se puede esperar:

Este formulario me informa lo que puede pasar cuando utilizo medicamentos controlados para aliviar mi dolor crónico (continuo). Los medicamentos controlados, tales como los opioides (como la codeína, fentanilo, metadona, morfina, oxicodona, Percocet y Vicodin) pueden reducir mi dolor.

## También pueden mejorar mi capacidad de realizar las actividades diarias.

Mi proveedor y yo hemos decidido que debo tomar medicamentos controlados porque otros tratamientos no me han ayudado lo suficiente.

- Mis síntomas pueden mejorar.
- Es posible que mis síntomas no desaparezcan por completo.
- Es posible que necesite más pruebas para elegir el mejor tratamiento.
- Mi proveedor puede cambiar mi tratamiento. Esto es para asegurarme de que mi tratamiento sea el mejor para mí.

## Entiendo que hay riesgos con este tratamiento.

### Algunos riesgos son:

### Riesgo de que se les dé un uso incorrecto o que los usen otras personas:

- Los opioides y otros medicamentos controlados son medicamentos muy potentes.
- Pueden ser peligrosos si no los tomo como me lo indicó mi proveedor.
- Es importante que nadie más que yo tome los medicamentos.

- Pueden ocasionar una sobredosis (tomar demasiado) o la muerte.

### Efectos secundarios:

- Mis medicamentos me pueden causar efectos secundarios.
- No debo conducir ni manejar maquinaria pesada hasta que de qué forma me afecta el medicamento.
- Es importante que le informe a mi proveedor si estoy tomando otros medicamentos.
- Algunos medicamentos pueden ser dañinos si los tomo con los opioides.
- Algunos medicamentos pueden contener Tylenol. Los niveles altos de Tylenol pueden dañar mi hígado.

### Algunos efectos secundarios de estos medicamentos son:

- sensación de somnolencia o cansancio
- estreñimiento
- malestar estomacal
- picazón en la piel
- respiración lenta o poco profunda
- sensación de "lentitud"
- sobredosis: si tomo demasiado de este medicamento podría dejar de respirar y podría morir
- efectos en mis huesos, mi estado de ánimo y mi función sexual

**Mujeres únicamente:** es importante hablar con mi proveedor si estoy embarazada o quiero quedar embarazada.

Si tomo estos medicamentos durante el embarazo, el bebé podría nacer con dependencia de ellos. El riesgo de que ocurran defectos congénitos es bajo.

Los efectos secundarios que podría tener por el uso de otros medicamentos controlados (no opioides) con receta médica incluyen:

---

---

**Dependencia física:**

Mi cuerpo se puede volver dependiente de estos medicamentos. Esto es normal. Puedo sufrir de abstinencia si reduzco o suspendo súbitamente estos medicamentos (parar en seco). Los síntomas de abstinencia de los opioides incluyen:

- dolor de estómago
- sensación de estar nervioso
- diarrea
- dolor
- corazón acelerado
- sensación de temblor
- secreción nasal
- malestar estomacal.

Estos síntomas son incómodos. No causarán un daño grave. Pueden tratarse.

- La mayoría de las veces, los medicamentos deberían reducirse gradualmente.
- Debo hablar con mi proveedor si dejo de tomar mis medicamentos.
- El reinicio de estos medicamentos después de dejarlos por un tiempo podría causarme una sobredosis que me podría causar la muerte.

Otros síntomas de abstinencia por suspender otros medicamentos (no opioides) son:

---

---

**Tolerancia/aumento del dolor:**

Mi cuerpo se puede llegar a "acostumbrar" o volverse tolerante a estos medicamentos.

Los medicamentos opioides pueden causar que mi cuerpo sienta más dolor. Si esto ocurre, es posible que las dosis más altas del medicamento funcionen. Entonces, me podrían cambiar, reducir o suspender los medicamentos.

**Adicción:**

Los opioides pueden causar adicción a las drogas. El riesgo es mayor en personas que tienen antecedentes de adicción.

Es importante informarle a mi proveedor sobre mi historial personal y familiar de adicción o de uso de sustancias.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Entiendo este formulario. He podido hacer preguntas sobre estos medicamentos, las cuales me fueron respondidas.**

**Se me ha ofrecido una copia de este formulario.**

Estoy de acuerdo con el tratamiento de mi condición con medicamentos controlados.

Firma del paciente: **X** \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_