

# 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.

- 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: \_\_\_\_\_