

ACUERDO DEL PACIENTE Y SUS RECETAS DE MEDICINAS PARA EL DOLOR, MEDICINAS PARA LA ANCIEDAD, ESTIMULANTES Y TODAS LAS SUSTANCIAS CONTROLADAS

Este acuerdo es importante para usted porque:

- *Usted tendrá un plan de tratamiento de medicinas seguro y controlado.*
- *Necesita entender los riesgos que acompañan el uso de medicinas para el dolor. Sus medicinas tienen un alto potencial de abuso. Pueden ser muy peligrosas si se usan equivocadamente.*
- *Usted y su Doctor necesitan asegurarse de que se cumpla la ley con estas medicinas*

Para mi seguridad estoy de acuerdo con lo siguientes:

- Solamente recibir mi medicamento para el dolor de ESTA clínica durante mi horario de visita.
- Tomar mi medicina SOLAMENTE de acuerdo a como el doctor me lo ha ordenado.
- Ser honesto/a con mi doctor si estoy usando drogas ilícitas.
- Ser honesto/a sobre todas las medicinas que uso. Esto incluye medicinas de mostrador y medicinas herbales
- Ser honesto/a sobre el historial completo de mi salud.
- Decirle a todos los diferentes doctores o proveedores de salud que tengo un acuerdo sobre mis medicinas. Decirle a la Sala de Emergencia que tengo un acuerdo sobre mis medicinas.

NO HARE LO SIGUIENTE

- No compartiré, venderé o cambiaré ninguna de mis medicinas
- No consumiré alcohol o drogas ilícitas mientras estoy tomando estas medicinas.
- No iré a ninguna sala de emergencia u otros doctores por más de las mismas medicinas.

CUANDO PIDA LLENAR MIS MEDICINAS

- Usaré la misma farmacia para todas mis medicinas. Ésta es la farmacia que he escogido:

- No se me reemplazará ninguna de las medicinas que se me pierdan, me las roben, o se destruyan. Mi doctor puede hacer una rara excepción
- No pediré volver a llenar mis medicinas antes de tiempo.
- Sé que no debo llamar a la oficina del doctor por teléfono para pedir que me vuelvan a llenar mis medicinas.
- Hacer citas para renovar mis medicinas antes de que se acaben.
- Decirle a mi doctor cuando voy a salir de viaje para recibir mis medicinas.

SÉ QUE

- Tratamientos de dolor y ansiedad pueden incluir otras cosas en lugar de medicinas. Necesito seguir todas las recomendaciones de mi tratamiento.
- Los medicamentos probablemente no me curen de todos los síntomas. La medicina me puede ayudar para poder tener una mejor vida y hacer más.
- Parte de mi tratamiento es disminuir la necesidad de medicamento.
- Si mi medicina funciona, continuaré usándola. Si mi medicamento no me ayuda, se puede parar.

PELIGROS

- Medicinas para el dolor, la ansiedad, pueden ser adictivas. Esto quiere decir que mi cuerpo puede necesitar más y más medicinas para sentirme mejor, o que puede ser difícil para mí parar de tomar estas medicinas.
- Si uso mucha cantidad de medicinas puede acabar con problemas de salud.
- Mezclar medicinas para el dolor con medicinas para la ansiedad o Benadryl es peligroso. Puede fallecer.
- Mezclar medicinas para el dolor con alcohol es peligroso. Puede fallecer.
- No debo manejar maquinaria pesada, automóviles o estar en lugares de alta altura o menos de que esté totalmente alerta.
- Medicinas para el dolor, para la ansiedad o medicinas de estimulantes me podrán hacer menos alerta.

PROTEGER A OTROS DE MIS MEDICINAS

- No dejaré mis medicinas al alcance de otros.
- No dejaré mis medicinas al alcance de niños o donde las puedan encontrar.
- Si me roban mis medicinas, llamaré a la policía y reportaré el robo.

SERÉ RESPONSABLE DE MI TRATAMIENTO

- Me presentaré a tiempo para todas mis citas médicas.
- Llamaré a mi doctor/proveedor de salud si tengo una reacción a cualquiera de las medicinas.
- Llamaré también si tengo cualquier pregunta de cómo tomar mis medicinas.
- Haré una cita para volver a llenar mis medicamentos antes de que se me acaben.

COOPERARE CON MI TRATAMIENTO

- Seguiré las direcciones para todos mis tratamientos.
- Tomaré pruebas de drogas y otras pruebas cuando me lo pidan.
- Iré a visitas médicas cuando me lo pidan.
- Iré a terapia física cuando me lo pidan.
- Iré con un terapeuta/psicólogo cuando se me pida.

PARA MI PROPIA PROTECCIÓN

- No pararé de tomar mis medicinas sin que me lo ordene mi doctor. Sé que si hago esto, puedo tener síntomas de abstinencia y caer muy enfermo/a.
- Le dure a mi doctor o proveedor de salud si planeo embarzarme.
- Le dure a mi doctor o proveedor de salud si estoy embarazada mientras que estoy tomando mis medicinas para el dolor.

COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA

- Le daré permiso a mi proveedor de salud para que puedan hablar de mi tratamiento con farmaceutas, doctores, enfermeras y otros que me están ayudando.
- Le daré permiso a cualquier proveedor de salud de obtener información de esta clínica sobre mi salud y mi tratamiento.
- Cualquiera de mis proveedores de salud pueden obtener un reporte del Estado sobre todas las medicinas que recibo de cualquier farmacia en California. Esto se llama un reporte de "CURES".
- Mi doctor puede ponerse en contacto con la Agencia de Cumplimiento de las Leyes de Drogas (D.E.A. por sus siglas en inglés) si estoy rompiendo las leyes con mi medicina.
- Mi doctor y mi clínica pueden ayudar con cualquier investigación si soy sospechoso/a en abuso de drogas.
- Me pueden mandar a otro lugar para ayudarme por abuso de drogas o adicción, si lo necesito.

EFFECTOS SECUNDARIOS

He aquí algunas de las cosas que pueden pasar si uso mucha medicina o si las mezclo. Estas cosas pueden pasar aún si he seguido las direcciones correctas de mi doctor cuando tomo mis medicinas.

Sobredosis	Vómito	Nausea	Comezón	Depresión
Adicción	Bajos reflejos	Dificultad al orinar	Problemas sexuales	Constipación
Confusión	Boca Seca	Problemas Respiratorios	Muerte	Insomnio

CAUSAS PARA PARAR DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS

Sé que se pueden parar mis medicinas si rompo cualquier parte de este acuerdo. Si mis medicamentos se paran, entonces se usará tratamiento que no incluya medicinas. Si soy abusivo/a agresivo/a a cualquier persona en la clínica, ya sea en persona o por teléfono, me pueden para mis medicamentos. Me pueden pedir que vaya con otro doctor.

Mi firma aquí significa que he leído este acuerdo. Firmo este acuerdo para confirmar que entiendo y estoy de acuerdo con todo lo arriba señalado en este acuerdo.

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____

Nombre del Doctor: _____ Firma del Doctor: _____

Fecha: _____

