

Acuerdo de Sustancias Controladas

Yo, _____, entiendo y acepto voluntariamente lo siguiente:

_____ Cumpliré (y llegaré a tiempo) a todas mis citas programadas con el proveedor u otros miembros del equipo de tratamiento.

_____ Participaré en todos los demás tipos de tratamiento que se ordenen para mi atención y tratamiento. Esto puede incluir fisioterapia, estudios radiológicos o psicoterapia.

_____ Mantendré mis medicamentos seguros, protegidos y fuera del alcance de los niños. Si el medicamento se pierde o es robado, entiendo que no se volverá a surtir antes de tiempo y es posible que no se renueve en absoluto.

_____ Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo a menos que discuta el cambio con mi proveedor o un miembro del equipo de tratamiento.

_____ No llamaré entre citas, fuera del horario de atención o los fines de semana para solicitar recargas. No solicitaré que la farmacia se comunique con el proveedor para obtener resurtidos. Entiendo que las recetas se surtirán solo durante el horario de oficina programado.

_____ Me aseguraré de tener una cita para recargas. Entiendo que las citas para recargas no serán citas urgentes el mismo día.

_____ Siempre trataré al personal de la oficina con respeto. Entiendo que si soy irrespetuoso con el personal o interrumpo el cuidado de otros pacientes, se interrumpirá mi tratamiento.

_____ No venderé ni compartiré mi medicamento con otros. Entiendo que si lo hago, se detendrá mi tratamiento.

_____ Firmaré un formulario de divulgación para permitir que el proveedor hable con todos los demás proveedores que veo.

_____ Le diré al médico todos los demás medicamentos o suplementos que tomo y llamaré a la oficina de inmediato si tengo una receta para un nuevo medicamento para evitar interacciones con otros medicamentos.

_____ Usaré solo una farmacia para mis medicamentos controlados:

Nombre de la farmacia: _____

_____ No recibiré analgésicos opioides u otros medicamentos que puedan ser adictivos, como benzodiazepinas (Klonopin, Xanax, Valium, Ativan) o estimulantes (Ritalin, Adderall, Amphetamine) sin llamar al proveedor antes de surtir esa receta. Entiendo que el uso de cualquier medicamento controlado no prescrito bajo este contrato puede resultar en la terminación de la atención.

_____ Me han informado que tomar una combinación de opioides y benzodiazepinas me pone en riesgo de sufrir consecuencias negativas, como: mayor riesgo de sobredosis y muerte, mayor riesgo de suicidio y peores resultados del tratamiento. Trabajaré con mi proveedor para disminuir y disminuir mi uso de benzodiazepinas y hacer la transición a un medicamento más seguro según se considere apropiado.

_____ No usaré drogas ilegales como heroína, cocaína, metanfetaminas u otras. Entiendo que, si lo hago, se detendrá mi tratamiento y seré remitido a un tratamiento por abuso de sustancias.

_____ Cumpliré con todas las pruebas de drogas y el conteo de píldoras según lo solicitado y dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud. Entiendo que debo mantener la oficina al día con mi información de contacto.

