



## Manejo del dolor Acuerdo

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Gráfico nO: \_\_\_\_\_

YO comprender, aceptar y aceptar los siguientes términos y condiciones, a fin de recibir atención médica para el tratamiento del dolor en Bay Area Pain & Wellness Center (*lugar sus iniciales al lado de cada afirmación*):

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi médico y yo trabajaremos juntos para encontrar el tratamiento más adecuado para mi dolor crónico. Tengo entendido que el objetivo del tratamiento no son para eliminar el dolor, sino para aliviar parcialmente mi dolor con el fin de mejorar mi capacidad para funcionar. Terapia crónica de opioides es sólo una parte de mi plan para el manejo del dolor.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi médico y yo evaluar continuamente los efectos de los opioides en el logro de los objetivos del tratamiento y realizar los cambios que sean necesarios. Estoy de acuerdo en tomar el medicamento en la dosis y la frecuencia de mi proveedor. Estoy de acuerdo en no aumentar la dosis de opioides por mi cuenta y en hacerlo, puede conducir al tratamiento con opioides sea terminado.

\_\_\_\_\_ Entiendo que los efectos adversos comunes de terapia de opioides incluyen estreñimiento, náuseas, sudoración, comezón en la piel, confusión u otros cambios en el estado mental o capacidad de pensar, y problemas con la coordinación y el equilibrio. Somnolencia (sueño) puede ocurrir al iniciar terapia de opioides o al aumentar la dosis. Estoy de acuerdo en abstenerse de conducir un vehículo de motor o para operar maquinaria peligrosa hasta la somnolencia (sueno) desaparece.

\_\_\_\_\_ No voy a buscar medicamentos de opiáceos de ningún otro médico para el tratamiento de mi dolor. Cuidados de control regulares y sólo se requiere mi proveedor le recetará los medicamentos para el dolor crónico para mí en las citas.

\_\_\_\_\_ VOY a asistir a todas las citas, tratamientos y consultas, solicitadas por mi proveedores. Voy a asistir a todas las citas y siga las recomendaciones para el tratamiento para mi dolor.

\_\_\_\_\_ No le voy a dar o vender mi medicamento a otra persona, incluidos los miembros de la familia, ni tampoco voy a aceptar cualquier medicamento opiáceo de nadie. Estoy de acuerdo en ser responsable para el depósito seguro de la medicación en todo momento. Si mis medicamentos son robados, voy a informar de esto a mi proveedor y policía y producirá un informe de la policía de este evento si así lo solicita.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que si mi receta se agota antes de del tiempo recetado o por cualquier razón (por ejemplo, si pierdo la medicación o tomo más de lo indicado), mi proveedor no puede prescribir medicamento extra para mí. Voy a tener que esperar hasta la siguiente receta es debido y que mi proveedor no estará disponible para prescribir medicamentos durante las noches y los fines de semana. Tengo entendido que mi proveedor no me va a recetar por teléfono o en la noche o los fines de semana, y que es mi responsabilidad de llamar a mi médico por lo menos cinco días antes de que se agoten mis medicamentos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el hecho de utilizar o intentar utilizar una receta o falsificados resultará en la inmediata descarga de la práctica, y notificación a la policiales que corresponda.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el uso de otros medicamentos puede causar efectos adversos o interferir con la terapia de opioides. Por lo tanto, estoy de acuerdo en notificar a mi proveedor del uso de todas

las sustancias incluyendo la marihuana, el alcohol, los medicamentos no recetados para mí (tranquilizantes), y todas las drogas ilícitas.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo a pruebas no de drogas no programadas.

\_\_\_\_\_ ENTIENDO que se me puede llegar a ser físicamente dependiente de medicamentos opiáceos, que en ciertos pacientes pueden llevar a la adicción. Estoy de acuerdo en que si es necesario, yo permitir remisión a especialistas en adicción como condición de mi plan de tratamiento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi incumplimiento de cualquiera de los requisitos del presente acuerdo puede resultar en mi proveedor tomar la elección de dejar de escribir recetas para mí. En este caso, el médico puede optar por reducir mis medicamentos durante un período de varios días, según sea necesario, para evitar los síntomas de abstinencia. Si este no se considera que sea viable, yo entiendo que puedo ser descargado y con posible con un receta de 30 días de medicamento para el uso mientras que yo encontrar un nuevo médico que me proporcionara atención médica. Tengo entendido que la retirada de los medicamentos será coordinado por mi proveedor y pueden requerir consultas médicas con especialistas.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo que mi proveedor tiene la autoridad para hablar de mi manejo del dolor con otros profesionales de la salud y los miembros de mi familia cuando se considere médicamente necesario en el consultorio médico.

\_\_\_\_\_ Mi los proveedores pueden obtener información de las sustancias controladas por el estado o bases de datos y otros programas de vigilancia de recetas. Yo autorizo a mi farmacia y los proveedores a cooperar plenamente con cualquier ciudad, estado o ley federal y organizaciones encargado de hacer cumplir la ley, incluyendo el Consejo del estado de la Farmacia, en la investigación de cualquier posible mal uso, venta, u otras formas de desviación de mi medicina para el dolor. Yo autorizo a mi proveedor para proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquier privilegio o derecho a la intimidad y confidencialidad con respecto a autorizaciones.

\_\_\_\_\_ A mi mejor saber y entender, no estoy embarazada en este momento. Entiendo que los opioides son considerados peligrosas para el feto. Haré todo lo posible para evitar el embarazo mientras está tomando estos medicamentos a menos que haya sido aprobado por mi proveedor.

\_\_\_\_\_  
Paciente Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Médico Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha