

1125 West Jefferson St. | Franklin, Indiana | 46131

## **PAIN TREATMENT AGREEMENT WITH OPIOID CONSENT SPANISH**

### **Acuerdo para recibir tratamiento del dolor**

Este Acuerdo entre \_\_\_\_\_ (el "Paciente") y el especialista en manejo del dolor (el "Médico") tiene el objetivo de convenir entre el Médico y el Paciente las condiciones claras para la prescripción y el uso de medicamentos para tratar el dolor que le recete el Médico al Paciente. El Médico y el Paciente aceptan que este Acuerdo es un factor esencial para mantener la seguridad y confianza necesarias en la relación Médico-Paciente.

#### **El Paciente reconoce y acepta las siguientes condiciones para la administración de los medicamentos contra el dolor que le recete el Médico:**

- Entiendo que los objetivos de este programa son reducir la intensidad del dolor y mejorar mi calidad de vida. \_\_\_\_ (iniciales)
- Entiendo que la dosis del medicamento contra el dolor puede ajustarse o suspenderse si no es efectiva. \_\_\_\_ (iniciales)
- Sé que todos los medicamentos pueden producir efectos secundarios y me someteré a los análisis de laboratorio recomendados para mantener la seguridad del régimen en la mayor medida posible. \_\_\_\_ (iniciales)
- Sé que es mi responsabilidad evitar cualquier daño a mí mismo y a los demás, incluida la seguridad al conducir. Si se duda sobre mi capacidad para realizar alguna actividad de manera segura, acepto que no intentaré realizarla hasta que no haya usado el medicamento durante al menos cuatro días. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Acepto que las recetas para el medicamento contra el dolor solo se renovarán durante una visita al consultorio médico o en el horario normal de atención. Acepto avisar al menos 7 días hábiles antes sobre la necesidad de renovar la receta. No se renovará ninguna receta por la noche o durante el fin de semana. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- No usaré ninguna sustancia controlada ilegal, como marihuana, cocaína, etc. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Entiendo que, si uso marihuana medicinal, no se me podrá recetar ningún opioide. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Acepto evitar cualquier droga ilícita, adictiva o que altere la mente o el estado de ánimo, incluidos el alcohol y las benzodiazepinas, salvo que estén autorizadas por el médico de este centro para el manejo del dolor. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- No compartiré, venderé ni intercambiaré el medicamento por dinero, bienes o servicios. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Recibiré todo el medicamento contra el dolor de SOLO UN proveedor de atención médica. Si mi médico de atención primaria está dispuesto a recetar el medicamento, el Médico deberá aprobar los preparativos para asegurarse de que no se dupliquen. **SUSPENDERÉ Y DESECHARÉ TODOS LOS MEDICAMENTOS CONTRA EL DOLOR YA USADOS, A MENOS QUE SE ME INDIQUE CONTINUARLOS.** \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Tomaré las medidas necesarias para evitar la pérdida o el robo del medicamento y acepto que la consecuencia de no hacerlo es una infracción de este acuerdo, y no se me volverá a recetar un medicamento opioide. \_\_\_\_\_(iniciales)
- Entiendo que es mi responsabilidad almacenar el medicamento de manera segura y desecharlo según corresponda. \_\_\_\_\_(iniciales)
- Acepto usar (nombre de la 1.ª farmacia) \_\_\_\_\_, ubicada en \_\_\_\_\_, número de teléfono \_\_\_\_\_, para obtener todos mis medicamentos contra el dolor. Si cambio de farmacia por cualquier motivo, acepto notificar al Médico al momento de recibir la receta e informar a la nueva farmacia la dirección y el número de teléfono de la farmacia anterior. \_\_\_\_\_(iniciales)
- Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho aplicables de privacidad o confidencialidad respecto de la prescripción del medicamento contra el dolor. Asimismo, autorizo al Médico y a la farmacia a cooperar totalmente con las autoridades de orden público municipales, estatales o federales, incluida la Junta de Farmacias, en la investigación si se sospecha del uso indebido, la venta u otra forma de uso inaceptable del medicamento contra el dolor. Autorizo al Médico a entregar una copia de este Acuerdo a la farmacia. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Acepto presentarme a un análisis de sangre u orina si así lo solicita el Médico para determinar mi cumplimiento con este Acuerdo y mi régimen del medicamento para el manejo del dolor. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Acepto usar el medicamento con una frecuencia no superior a la recetada, ya que hacerlo podría ser muy perjudicial y es una infracción de este Acuerdo. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Traeré todo el medicamento contra el dolor no usado para que lo cuente el personal de enfermería cuando se solicite. \_\_\_\_\_ (iniciales)

