

**Acuerdo sobre el tratamiento con sustancias controladas**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fec. de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

El propósito de este Acuerdo es evitar malentendidos sobre ciertos medicamentos que nuestros proveedores pueden recetarle. Este acuerdo tiene por objeto ayudarle a usted y a su(s) proveedor(es) a cumplir con las leyes relativas a los productos farmacéuticos controlados. **(Revise y escriba sus iniciales en cada uno de los siguientes puntos).**

\_\_\_\_ Entiendo que este acuerdo es fundamental para la confianza necesaria en la relación entre el profesional y el paciente, y que su proveedor se compromete a tratarlo según lo establecido en este acuerdo.

\_\_\_\_ Si incumplo **CUALQUIERA** de los términos de este acuerdo, su proveedor podrá iniciar inmediatamente un programa de reducción gradual o dejar de recetarle el medicamento por completo. Se le podrá recomendar o exigir un programa de tratamiento de la dependencia de drogas.

\_\_\_\_ Acepto no consumir nunca **NINGUNA** sustancia ilegal o narcótica que no me haya sido recetada. Tampoco haré un uso indebido ni me automedicaré con sustancias controladas legalmente, como el alcohol.

\_\_\_\_ No compartiré mis medicamentos con nadie.

\_\_\_\_ No venderé mis medicamentos recetados.

\_\_\_\_ No intentaré obtener ningún medicamento controlado de ningún otro proveedor. Si se me administra un medicamento controlado como parte del tratamiento debido a una lesión aguda o a una hospitalización, me comprometo a informar inmediatamente a mi médico de Orchid Health.

\_\_\_\_ Acepto obtener mis medicamentos recetados en **UNA SOLA** farmacia. Identifique la farmacia donde surtirá sus medicamentos: \_\_\_\_\_. Si por cualquier motivo necesito cambiar de farmacia, acepto notificarlo inmediatamente a mi profesional de Orchid Health. Ellos podrán cambiar la farmacia o no, según su propio criterio.

\_\_\_\_ Entiendo que mi medicamento requiere que haga una cita cada \_\_\_\_\_ mes(es), y que no se me surtirá si falto a mi cita.

\_\_\_\_ Entiendo que mis recetas son exactamente como dinero: si se pierden o son robadas, **NO** se pueden reemplazar.

\_\_\_\_ Acepto tomar este medicamento según lo recetado y no cambiar la cantidad o frecuencia del medicamento sin consultarlo primero con el médico que me lo recetó.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Acepto traer mis frascos de medicamentos recetados a cada visita y entiendo que se puede hacer un "conteo de pastillas" en cualquier visita.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se realizarán análisis de orina para detectar drogas al menos cada 6 meses, pero que se me puede pedir que me haga análisis de detección de drogas en cualquier visita de forma aleatoria.

\_\_\_\_\_ Entiendo que los medicamentos que se me recetan tienen riesgos y he leído y comprendo dichos riesgos.

\_\_\_\_\_ Mi médico ha revisado conmigo mi diagnóstico, las instrucciones de uso de mis medicamentos, mis objetivos de tratamiento con este medicamento, las alternativas al tratamiento y las terapias adicionales que podrían ser benéficas para mí.

\_\_\_\_\_ Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta adicional sobre mi tratamiento.

**AVISO DE RIESGO: El uso de sustancias controladas puede estar asociado con ciertos riesgos, entre los que se incluyen, entre otros:**

1. **Sistema nervioso central:** somnolencia, disminución de la capacidad mental y confusión. Evite el alcohol mientras toma estos medicamentos y tenga cuidado al conducir y manejar maquinaria. Su capacidad para tomar decisiones puede verse afectada.
2. **Cardiovascular:** ritmo cardíaco irregular o inseguro, de leve a grave.
3. **Respiratorio:** respiración lenta y posibilidad de incluir sibilancias, lo que puede causar dificultad para respirar o falta de aire en algunas personas.
4. **Gastrointestinal:** el estreñimiento es común y puede ser grave. También pueden producirse náuseas y vómitos.
5. **Dermatológico:** comezón y erupción cutánea.
6. **Endócrino:** cambios en los niveles de testosterona (hombres) y otras hormonas sexuales (mujeres); disfunción sexual.
7. **Urinario:** retención urinaria (dificultad para orinar).
8. **Embarazo:** los recién nacidos pueden depender de opioides u otras sustancias controladas y sufrir síntomas de abstinencia después del nacimiento.
9. **No se puede predecir con certeza la interacción de este medicamento con otros que alteran el efecto de otros medicamentos.**
10. **Tolerancia:** con el tiempo, puede ser necesario aumentar la dosis de los medicamentos para lograr el mismo efecto.
11. **Dependencia física y abstinencia:** en la mayoría de los pacientes que recibieron dosis diarias de estos medicamentos, se desarrolló dependencia física en un plazo de 3 a 4 semanas. Si se suspenden los medicamentos de forma abrupta, pueden aparecer síntomas de abstinencia. Estos incluyen náuseas, vómitos, sudoración, síntomas generales similares a los de la gripe, cólicos abdominales y latidos cardíacos anormales. Todas las sustancias controladas deben reducirse gradualmente bajo la supervisión de su médico. Las benzodiazepinas como Valium (diazepam), Xanax (alprazolam), Klonopin (clonazepam) y Ativan (lorazepam) pueden provocar convulsiones si se suspenden de forma brusca después de un uso regular.
12. **Adicción (abuso):** se refiere al comportamiento anormal dirigido a adquirir o consumir drogas sin supervisión médica. Los pacientes con antecedentes de abuso de alcohol o drogas tienen un mayor riesgo de desarrollar adicción.
13. **Reacciones alérgicas:** pueden ocurrir con cualquier medicamento. Por lo general, se presentan poco después de iniciar el tratamiento. La mayoría de los efectos secundarios son transitorios y pueden controlarse con la continuación del tratamiento o el uso de otros medicamentos.
14. **Sobredosis accidental:** en algunos casos, las sustancias controladas pueden acumularse y provocar dificultad respiratoria, coma o la muerte. Este riesgo aumenta con ciertas afecciones médicas, el tratamiento con dosis altas de opioides y otros medicamentos, como tranquilizantes, depresores del SNC, alcohol, marihuana u otras drogas ilícitas.

Este es un acuerdo entre (Paciente): \_\_\_\_\_ y (Médico que receta): \_\_\_\_\_ en relación con el uso de analgésicos opioides, benzodiazepinas y otras sustancias controladas para el tratamiento de mi afección crónica.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicamento y concentración: \_\_\_\_\_

Número de pastillas al mes y frecuencia: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Cláusula de terminación:**

- ***El profesional puede terminar este Acuerdo en cualquier momento si tiene motivos para creer que usted no está cumpliendo con los términos y condiciones del mismo o ha tergiversado o proporcionado declaraciones falsas sobre las razones por las que necesita los medicamentos enumerados.***
- ***El profesional médico podrá terminar el Acuerdo en cualquier momento si usted no cumple con los términos del mismo.***
- ***Entiendo que puedo terminar este Acuerdo en cualquier momento, sabiendo que Orchid Health no me recetará medicamentos controlados en el futuro.***

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de la salud: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_