

Acuerdo de Medicamentos Controlados – Sistema de Salud de San Mateo County

Nuestro propósito es ofrecer un tratamiento efectivo y seguro para sus enfermedades. Los medicamentos controlados pueden utilizarse para aumentar su capacidad de participar de manera significativa en sus actividades diarias, sin embargo éstos representan muchos riesgos graves de seguridad. Este acuerdo está diseñado para prevenir confusiones sobre los medicamentos que le han recetado. El acuerdo está destinado para su propia seguridad, así como para asegurar que su proveedor médico cumpla con las normas éticas y legales de atención adecuada.

Al firmar el acuerdo yo, _____, me comprometo y entiendo lo siguiente:

1. Me han recetado un medicamento controlado para el tratamiento del dolor u otra enfermedad. El propósito del tratamiento es aumentar mi capacidad para participar en mis actividades diarias y no para eliminar el dolor, la ansiedad u otra enfermedad. Es posible que tenga que continuar tomando estos medicamentos regularmente y es posible que no logre una condición en la que me sienta completamente bien.
2. El uso prolongado de medicamentos controlados puede tener como resultado el desarrollo de una dependencia física al medicamento. Si necesito disminuir o suspender repentinamente el uso de este medicamento, **es posible que sufra síntomas de abstinencia**. La abstinencia de opioides y estimulantes es incómoda pero no pone en peligro la vida. Sin embargo, la abstinencia a las benzodiacepinas puede requerir atención médica.
3. El uso de estos medicamentos es sólo una parte del régimen de tratamiento terapéutico. Entiendo que debo cumplir con los otros medios que se me han recomendado para el tratamiento de mi enfermedad (terapia, citas de especialidad, etc.). El no cumplir con las recomendaciones puede tener como consecuencia la suspensión de los medicamentos controlados de parte de mi proveedor médico.
4. Estoy de acuerdo en **tomar los medicamentos SÓLO como se me ha indicado**. No aumentaré la frecuencia o la dosis de ninguno de los medicamentos sin antes consultar y recibir la autorización de mi proveedor médico. Los medicamentos controlados **NO** se podrán surtir con anticipación.
5. En caso de que ocurra un acontecimiento inesperado (una lesión aguda, problemas bucales, un evento estresante), es posible que necesite medicamento adicional a corto plazo. No aumentaré la dosis del medicamento actual (ya que esto puede tener como consecuencia una sobredosis accidental o la muerte). En estos casos, me comunicaré con mi proveedor médico para que me sugiera cómo resolver este problema de manera efectiva y segura. Si esta situación ocurre cuando la clínica se encuentra cerrada, me comunicaré a la clínica dentro de las primeras 24 horas que abra la clínica.
6. Si llegara a ocurrir un acontecimiento grave y necesito recibir atención médica con un proveedor médico que no sea el mío, le informaré al proveedor médico que me atiende que yo firme un acuerdo de medicamentos controlados. Si otro proveedor médico me proporciona un medicamento controlado para un problema agudo, le informaré a la clínica dentro de un día hábil.
7. Mi proveedor médico regular de la clínica **es la única persona que puede surtir los medicamentos controlados** y puede citarme a la clínica una vez al mes para surtir la receta.
8. No se surtirán los medicamentos en la noche, los fines de semana o en el Departamento de Urgencias o la Clínica de Cuidados Urgentes. **No buscaré u obtendré medicamentos controlados de otras fuentes (esto incluye otros proveedores de salud, amigos, familiares, etc.)**
9. Voy a proteger mis medicamentos para que no se extravíen ni sean robados. **No se surtirán los medicamentos que hayan sido robados o extraviados.**
10. Estos medicamentos son **únicamente para mi uso exclusivo**. Entiendo que el compartir, comerciar o vender estos medicamentos va en contra de la ley.
11. Me comprometo a **no consumir bebidas alcohólicas ni drogas** mientras tome algún medicamento controlado porque entiendo que esto puede ser muy peligroso. Cuando se me solicite y sin previo aviso, llevaré a cabo

análisis de sangre y de orina para determinar el cumplimiento de este acuerdo. Los análisis se realizarán por menos una vez al año.

12. **Únicamente** surtiré los medicamentos en la farmacia _____ Número telefónico de la farmacia : _____ Numero de Fax: _____
13. Autorizo a mi proveedor médico y el personal de la farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia del orden público municipal, estatal o federal en la investigación del posible uso indebido, venta u otro desvío de mis medicamentos. Es posible que mi proveedor médico proporcione una copia de este acuerdo a la farmacia. **Estoy de acuerdo a renunciar a mi derecho de privacidad o confidencialidad en lo que respecta a estas autorizaciones.**
14. Si no cumplo con alguna parte de este acuerdo, mi proveedor médico se reserva el derecho de suspender el suministro de los medicamentos controlados. En estos casos, consultaré con mi proveedor médico para determinar los siguientes pasos a seguir para lograr el mejor resultado terapéutico – con o sin medicamentos controlados.
15. Este acuerdo es modificable, flexible y puede alterarse o discontinuarse después de consultar con mi proveedor médico. Cualquier cambio se hará constar al anotar las iniciales y la fecha.
16. Mi proveedor médico puede suspender en cualquier momento algunos o todos los medicamentos controlados en base a cualquier inquietud médica, sospecha o creencia de que yo, como paciente, pueda hacer mal uso del medicamento. Mi proveedor médico también puede suspender todos o algunos de los medicamentos controlados si ya no son eficaces, o si el continuar tomando estos medicamentos causan más daño a mi salud en general.
17. Me comprometo a dirigirme al personal con serenidad y respeto en todo momento.
18. OTROS: _____

Medicamentos

Medicamento	Dosis	#/semana, mes	Fecha de Inicio	Fecha de Suspensión

Régimen de Tratamiento Terapéutico sin Medicamentos

Además de los medicamentos, mi tratamiento incluye: (fisioterapia, psicoterapia, otras citas, etc.)

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del Paciente/Tutor

Firma del Proveedor Médico

Fecha de la Firma: _____

Vamos a volver a evaluar el dolor el día _____ (fecha). Si no se especifica una fecha, vamos a volver a evaluar el acuerdo del control del dolor dentro de dos años a partir de la fecha de la firma o en el caso de que un proveedor médico nuevo sea responsable del tratamiento.