

Contrato de Prescripción de Sustancias Controladas

- 1) Estoy de acuerdo en tomar mi(s) medicamento(s) solo según lo prescrito. Esto incluye la frecuencia con la que tomo los medicamentos y la dosis. El proveedor habló sobre lo que debo hacer si tengo preguntas sobre el medicamento o los efectos secundarios después de comenzar a tomarlo (incluyendo las condiciones en las que debo suspender el medicamento hasta que pueda discutir cómo proceder directamente con mi proveedor).
- 2) He divulgado todos mis medicamentos, suplementos y vitaminas a mi proveedor. Soy responsable de avisar a mi proveedor con cualquier cambio a esta lista.
- 3) Entiendo que el (los) medicamento(s) que me están recetando tienen potencial de abuso, y que al ser recetado esta medicación me pone en riesgo de desarrollar un problema de sustancias. También entiendo que este medicamento puede causar dependencia fisiológica, tolerancia y abstinencia. Estos efectos secundarios y riesgos me han sido descritos en detalle y entiendo los términos y riesgos anteriores.
- 4) Entiendo que mi proveedor puede requerir pruebas de drogas mientras esté bajo su cuidado. Resultados que son inconsistentes con mi historial médico, medicamentos recetados o resultados que sugieran que puedo tener un problema de sustancias (por ejemplo, dar positivo por drogas ilegales o medicamentos que no me han recetado), puede ser motivo de despido de atención a discreción de mi proveedor.
- 5) Entiendo que siempre tengo derecho a rechazar o dejar de tomar mi(s) medicamento(s), pero que hacerlo puede resultar en síntomas de abstinencia (con consecuencias médicas potencialmente graves). Si decido suspender un medicamento o disminuir mi dosis sin la supervisión directa de mi proveedor, él/ella no es responsable de ninguna reacción adversa grave o consecuencias (incluyendo convulsiones y/o muerte).
- 6) Si existe preocupación por el abuso de medicamentos, desvío (dar o vender el medicamento a otros) o "compras de médicos" (obtener medicamentos similares de múltiples prescriptores), mi atención terminará a la discreción de mi proveedor. Mi proveedor tiene derecho a comunicarse con las autoridades correspondientes (como la policía, la DEA, etc.) si le preocupa que esto esté ocurriendo. Al firmar este formulario, le doy permiso a mi proveedor para compartir mi registro médico (incluidas las pruebas de detección de drogas) con cualquier agencia del orden público, proveedor médico y farmacia si mi proveedor tiene alguna inquietud.
- 7) Mi médico puede comunicarse con todos mis proveedores y farmacias actuales y anteriores a su discreción. Razones incluyen (pero no se limitan a) notificarles de este contrato.
- 8) Si no soy adherente a este contrato, honesto sobre mis medicamentos y/o dosis, no tomo medicamentos como prescrito, no soy honesto con mi proveedor acerca de un historial de abuso o dependencia de sustancias o no notifico a mi prescriptor si me preocupa que estoy desarrollando un problema de sustancias, soy el único responsable de cualquier resultado.

Firmar este formulario indica que entiendo completamente todo lo anterior, todas mis preguntas han sido respondidas y estoy de acuerdo con los términos del prescriptor por ser un paciente.

Firma del paciente - Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Fecha

Firma de Testigo o Guardian - Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Fecha