



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a ser informado sobre su condición y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado o la terapia farmacológica que se utilizará, para que pueda tomar la decisión informada de tomar el medicamento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo, sino que es un esfuerzo para que esté mejor informado como su proveedor. Para este acuerdo, el uso de la palabra "proveedor" se define para incluir no solo a mi proveedor, sino también a los asociados autorizados, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención médica de mi proveedor, según sea necesario o aconsejable para tratar mi afección.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y/O LA TERAPIA FARMACOLÓGICA: Solicito voluntariamente a mi proveedor que trate mi afección que me han explicado. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que mi proveedor administre o escriba recetas de drogas peligrosas y/o controladas (medicamentos) como elemento para el tratamiento. Se me ha explicado que estos medicamentos incluyen opioides/narcóticos, estimulantes, sedantes, etc., que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. Además, entiendo que estos medicamentos pueden conducir a la dependencia física y/o adicción y pueden; Al igual que otros medicamentos utilizados en la práctica de la medicina, producen efectos secundarios o resultados adversos. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones me han sido explicados como se enumeran a continuación. Entiendo que esta lista no está completa y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos.

Los medicamentos específicos que mi proveedor planea recetar se describirán y documentarán por separado de este acuerdo. Esto incluye el uso de medicamentos para fines diferentes a los que han sido aprobados por la compañía farmacéutica y el gobierno (*esto a menudo se conoce como prescripción "fuera de etiqueta"*). Mi médico le explicará su(s) plan(es) de tratamiento y los documentará en mi historia clínica.

HE SIDO INFORMADO Y ENTIENDO que me someteré a pruebas y exámenes médicos antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen controles aleatorios sin previo aviso para detectar drogas y evaluaciones psicológicas cuando se considera necesario. Por la presente doy permiso para realizar las pruebas; **Mi negativa puede dar lugar a la terminación del tratamiento.** La presencia de sustancias no autorizadas, o sustancias que el Estado de Texas aún considera ilegales, puede resultar en que me den de alta de la atención de mi proveedor.

Entiendo que el objetivo de este tratamiento es ayudarme a controlar mi condición médica para vivir una vida más productiva y activa. Me doy cuenta de que puedo tener una enfermedad crónica y que hay una posibilidad limitada de curación completa, pero el objetivo de tomar medicamentos de forma regular es reducir (pero probablemente no eliminar) los síntomas de mi afección para poder disfrutar de una mejor calidad de vida. Me doy cuenta de que el tratamiento para algunos requerirá el uso prolongado o continuo de medicamentos, pero un objetivo de tratamiento adecuado también puede significar la eventual retirada del uso de todos los medicamentos. Mi plan de tratamiento se adaptará específicamente para mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento y suspender el uso de los medicamentos en cualquier momento y que notificaré a mi proveedor de cualquier uso discontinuado. Además, entiendo que se me proporcionará supervisión médica si es necesario cuando suspenda el uso de medicamentos.

Entiendo que los efectos secundarios más comunes que podrían ocurrir en el uso de la medicación que me recetaron para mi tratamiento INCLUYEN, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latidos cardíacos irregulares), insomnio, depresión, intolerancia a los medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción, y la muerte. Entiendo que puede ser peligroso para mí operar automóviles u otra maquinaria mientras uso estos medicamentos y que puedo estar incapacitado durante todas las actividades, incluido el trabajo. Se me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones, y todavía deseo recibir medicamentos para el tratamiento.

Entiendo que **NO SE ME HA HECHO NINGUNA GARANTÍA** en cuanto a los resultados de cualquier terapia farmacológica o cura de cualquier afección. El uso a largo plazo de los medicamentos es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionan beneficios a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi afección y tratamiento. Se han explicado los riesgos de no recibir tratamiento, y la terapia farmacológica, el tratamiento médico o los procedimientos de diagnóstico que se utilizarán para tratar mi afección, así como los riesgos y peligros de dicha terapia, tratamiento y procedimiento(s) farmacológicos. Creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado. _____ **Iniciales**

SOLO PARA PACIENTES MUJERES:

- *Que yo sepa, **NO estoy embarazada.** Usaré un método anticonceptivo o anticonceptivo adecuado durante el curso de mi tratamiento. Acepto que es **MI responsabilidad** informar a mi proveedor de inmediato si quedo embarazada. Si estoy embarazada o no estoy segura, **NOTIFICARÉ A MI proveedor INMEDIATAMENTE.***
- *Todos los posibles efectos anteriores de los medicamentos me han sido explicados completamente y entiendo que, en la actualidad, no se han realizado suficientes estudios sobre el uso a largo plazo de muchos medicamentos, es decir, opioides/narcóticos/estimulantes para garantizar la seguridad total de mi(s) hijo(s) por nacer. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para su uso y eximo de responsabilidad a mi proveedor por lesiones al embrión/feto/bebé. _____ **Iniciales***

ENTIENDO Y ACEPTO TODO LO SIGUIENTE:

Se me ha notificado que el uso a largo plazo de sustancias como opioides (analgésicos narcóticos), tranquilizantes benzodiazepinas y sedantes barbitúricos, y otros medicamentos controlados son controvertidos debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que brindan beneficios a largo plazo. También existe el riesgo de que se desarrolle un trastorno adictivo o de que se produzca una recaída en una persona con una adicción previa. El alcance de este riesgo no es seguro. Mi proveedor puede optar en cualquier momento por suspender los medicamentos. **Por lo tanto, los medicamentos solo se proporcionarán siempre y cuando siga todas las reglas especificadas en este Acuerdo. El incumplimiento de cualquiera de las siguientes pautas y/o condiciones causará la interrupción de los medicamentos y/o mi alta de la atención.** El despido puede ser inmediato por cualquier comportamiento delictivo:

- Notificaré a mi proveedor de **todos los medicamentos** que tome en cualquier momento, recetados por cualquier proveedor. _____ **Iniciales**
- Todos los medicamentos deben obtenerse en **una farmacia siempre que sea posible.** _____ **Iniciales**
- En caso de que surja la necesidad **de cambiar** de farmacia o de medicamento, entiendo que la receta anterior se cancelará en la farmacia anterior antes de que se pueda colocar una nueva. _____ **Iniciales**

- Todas las sustancias controladas deben provenir de los proveedores de Physician Care Centers, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. Soy consciente de que esto es por mi seguridad y bienestar, y la información de que he estado recibiendo medicamentos recetados por otros médicos no aprobados por mi proveedor puede llevar a la interrupción del tratamiento_____.
- Informaré a mi proveedor de cualquier medicamento nuevo o condición médica, y/o cualquier efecto adverso que experimente por cualquiera de los medicamentos que tome. _____ **Iniciales**
- No compartiré, venderé ni permitiré que otros tengan acceso a estos medicamentos. _____ **Iniciales**
- Entiendo que mi(s) medicamento(s) se reabastecerá(n) en mi cita mensual programada. _____ **Iniciales**
- Entiendo que mi(s) receta(s) son como dinero; **si mi(s) medicamento(s) se destruye, se pierde o es robado(s)**.

NO SERÁN REEMPLAZADOS. _____ **Iniciales**

- **Los resurtidos NO se escribirán antes de la fecha programada para resurtirlos o fuera de las citas programadas.** No esperaré recibir recetas antes de la hora de mi próxima reposición programada, incluso si se agotan mis recetas. En caso de viaje solamente: Los arreglos se pueden hacer en persona con mi proveedor, antes de la fecha de salida planificada, en mi cita programada. Soy consciente de que **NO** se llamará a los medicamentos controlados. _____ **Iniciales**
- Los resurtidos se administran SOLO en las citas programadas. **No llamaré fuera del horario de atención ni los fines de semana.** _____ **Iniciales**
- Si las autoridades legales responsables tienen preguntas sobre su tratamiento, como podría ocurrir, por ejemplo, si estaba obteniendo medicamentos en varias farmacias, se renuncia a toda confidencialidad y estas autoridades pueden tener acceso completo a nuestros registros de administración de sustancias controladas. _____ **Iniciales**
- Si a mi proveedor le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida de los medicamentos, entonces **mi proveedor puede probar medicamentos alternativos o puede reducirme todos los medicamentos.** No responsabilizaré a mi proveedor por los problemas causados por la interrupción de los medicamentos. _____ **Iniciales**
- **Acepto someterme a un análisis de orina, sangre o hisopo oral** para detectar el uso de medicamentos recetados y no recetados en cualquier momento y sin previo aviso, a mi propio costo, independientemente del seguro que tenga. Si doy positivo en la prueba de sustancias ilegales, como marihuana, speed, cocaína, etc., se terminará el tratamiento y es posible que me den de alta. Puede ser necesaria una consulta o derivación a un experto para una evaluación psiquiátrica o psicológica por parte de un proveedor calificado, como un especialista en adicciones o un proveedor que se especialice en desintoxicación y rehabilitación, y/o terapia cognitivo-conductual/psicoterapia. _____ **Iniciales**
- Las recetas y los frascos de medicamentos pueden ser buscados por otras personas con dependencia química y deben protegerse estrictamente. Soy consciente de que se espera que tenga el mayor grado de cuidado posible con mi(s) medicamento(s) y receta(s) y sé que **NO SERÁN REEMPLAZADOS.** _____ **Iniciales**
- Dado que las drogas pueden ser peligrosas o letales para una persona que no es tolerante a sus efectos, especialmente un niño, los medicamentos / recetas no se dejarán donde otros puedan verlos o tener acceso a ellos. _____ **Iniciales**
- El proveedor que receta tiene permiso para discutir todas las condiciones médicas y de diagnóstico, o cualquier efecto adverso que experimente por cualquiera de los medicamentos que toma, con los farmacéuticos dispensadores u otros profesionales que brindan su atención médica con el fin de mantener la responsabilidad. _____ **Iniciales**
- Los envases originales de los medicamentos deben llevarse a cada visita al consultorio. _____ **Iniciales**
- Actualmente no estoy usando drogas ilegales ni abusando de medicamentos recetados y no estoy recibiendo tratamiento para la dependencia de sustancias (adicción) o abuso. Estoy leyendo y haciendo este acuerdo mientras estoy en plena posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda perjudicar mi juicio. _____ **Iniciales**

- Nunca he **estado involucrado** en la venta, posesión ilegal, uso indebido/desvío o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, píldoras para los nervios, estimulantes o analgésicos) o sustancias ilegales en el estado de Texas (marihuana, cocaína, heroína, etc.) _____ **Iniciales**
- Soy consciente de que el incumplimiento de las pautas mencionadas anteriormente puede dar lugar a la terminación de la atención, independientemente de la cobertura del seguro o el órgano de gobierno. _____ **Iniciales**
- Soy consciente de que este documento sustituye a cualquier otro. _____ **Iniciales**

No se ha ofrecido ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener del tratamiento. Con pleno conocimiento de los beneficios potenciales y los posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento, con la esperanza de tener la oportunidad de una vida más productiva y activa.

Farmacia designada por el paciente:

La farmacia que he seleccionado para usar es:

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____ **FAX:** _____

DIRECCIÓN: _____

(SE REQUIERE LA DIRECCIÓN EXACTA; LAS CALLES TRANSVERSALES NO SON VÁLIDAS)

Afirmo que tengo plenos derechos y poder para firmar y estar obligado por este acuerdo. He leído, entendido y acepto todos sus términos.

Nombre completo del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Fecha de firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del proveedor

Fecha