

Acuerdo de Uso de Medicamentos Controlados

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Para asegurar el uso seguro y responsable de medicamentos controlados (como opioides, benzodicepinas, estimulantes), Pandora Family Medicine pide que todos los pacientes que reciben estas medicinas acepten lo siguiente:

Por favor pon tus iniciales en cada punto y firma al final.

1. Propósito

___ Estos medicamentos pueden recetarse para manejar ciertas condiciones médicas. También conllevan riesgo de dependencia, mal uso o desvío, por lo que requieren vigilancia cercana.

2. Un solo proveedor y farmacia

___ Acepto recibir todas mis recetas de medicamentos controlados únicamente de esta clínica.

___ Usaré una sola farmacia para todas mis medicinas controladas. **Farmacia:** _____

3. Uso de la medicina

___ Tomaré la medicina exactamente como fue recetada.

___ No cambiaré la dosis ni el horario sin autorización del proveedor.

___ Entiendo que los resultados de estos medicamentos requieren cita, sin excepción.

___ Entiendo que recetas perdidas, robadas o destruidas no se reemplazan antes de tiempo, a menos que presente un reporte policial.

4. Seguimiento y monitoreo

___ Asistiré a todas mis citas programadas. Las consultas por telemedicina se aceptan para resurtidos.

___ Acepto participar en pruebas aleatorias de orina o sangre si me las piden. Los resultados no se dan fuera de visitas programadas ni después del horario de oficina.

5. Conducta prohibida

___ No compartiré, venderé ni mal usaré mis medicinas.

___ No obtendré medicamentos controlados de otros proveedores sin informar a Pandora Family Medicine.

___ Reconozco que el mal uso, desvío o incumplimiento puede resultar en que me suspendan estos medicamentos o incluso que me den de baja de la clínica.

6. Suspensión de la medicina

___ Entiendo que la medicina puede reducirse o suspenderse si ya no es efectiva, necesaria, o si no la uso de manera adecuada.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____