



Dr. B Psychiatry Consult, PC

Formulario de Acuerdo de Sustancias Controladas

Paciente:

Fecha de nacimiento:

MRN:

Fecha de servicio:

El propósito de este Acuerdo de Sustancias Controladas ("Acuerdo") es prevenir malentendidos sobre ciertos medicamentos que le serán recetados para su condición. Este Acuerdo es para fines de cumplimiento relacionados con las leyes sobre sustancias controladas.

1. Entiendo que este Acuerdo es un componente de la relación de confianza entre un prescriptor y el paciente y que mi prescriptor me recetará sustancias controladas basándose en mi acuerdo de cumplir con este Acuerdo.

2. Entiendo que si incumplo cualquiera de los términos de este Acuerdo, la relación prescriptor/paciente podría terminar y se me podría pedir que traslade mi atención y busque otro prescriptor fuera de Dr. B Psychiatry Consult, PC. Alternativamente, mi prescriptor y otros prescriptores en Dr. B Psychiatry Consult, PC pueden reducir mi dosis actual de medicamento, cambiar o dejar de recetar una sustancia controlada, o hacer otras derivaciones según sea necesario, como manejo del dolor, tratamiento de dependencia química, etc.

3. Programaré y asistiré a las citas programadas con mi prescriptor específico de forma regular. Si no programo ni asisto a las citas programadas, mi prescriptor puede optar por no renovar mi medicamento.

4. Evitaré programar citas con un prescriptor alternativo con poca antelación. Entiendo que, si programo dichas citas, el prescriptor alternativo puede optar por no renovar mi medicamento.

5. Cada prescriptor ejerce discreción y toma de decisiones médicas independientes sobre lo que es más apropiado para mí, incluyendo si un medicamento que estaba tomando anteriormente debe continuarse.

6. Entiendo que si transfiero mi atención a un nuevo proveedor, él/ella realizará una evaluación y puede elegir continuar o modificar mi plan de tratamiento basado en la evaluación actualizada.

7. Acepto que las renovaciones de mis recetas de sustancias controladas se realizarán solo en el momento de una visita al consultorio y durante el horario de oficina habitual. Las visitas al consultorio para sustancias controladas no son emergencias médicas y es posible que mis solicitudes de citas de último minuto no puedan ser atendidas.

8. No se aprobarán solicitudes de renovación de mis recetas de sustancias controladas durante las noches o los fines de semana.

9. Me comunicaré plenamente con mi prescriptor sobre el carácter y la intensidad de mis síntomas (por ejemplo, dolor, ansiedad y síntomas de TDAH), el efecto de los síntomas en mi vida diaria y la medida en que el medicamento recetado está aliviando mis síntomas.

10. No usaré sustancias controladas ilegales y no usaré medicamentos recetados que fueron recetados a otra persona.

11. No compartiré, venderé ni intercambiaré mi medicación, y entiendo que es ilegal hacerlo.
12. Entiendo que puede ser inseguro que me receten las mismas sustancias controladas o similares por más de un prescriptor.
13. No obtendré ni intentaré obtener sustancias controladas/medicamentos de otro prescriptor para una condición y/o sustancias controladas actualmente recetadas por un DBPC. Si una sustancia controlada es recetada por un prescriptor que no es de DBPC, incluyendo un dentista, una sala de emergencias o un hospital, me comunicaré con mi prescriptor de DBPC, quien podrá reevaluar mi plan de tratamiento.
14. Protegeré mi medicación contra pérdida o robo. Si mi medicina se pierde o es robada, entiendo que queda a discreción de mi prescriptor reemplazarla o rellenarla.
15. Acepto que usaré mi medicina en la dosis y frecuencia ordenadas por mi prescriptor. Los rellenos anticipados pueden ser rechazados si tomé más de la dosis recetada sin instrucciones de mi prescriptor. Dr. B Psychiatry Consult, PC.
16. Informaré a mi prescriptor sobre cualquier nueva condición médica, medicamentos y efectos secundarios que tenga por mis medicamentos. También informaré a mi prescriptor si dejo de usar algún medicamento.
17. Actualizaré mi información de farmacia y contacto de manera oportuna.
- 18. Acepto que participaré en pruebas de detección de drogas en orina aleatorias y sin previo aviso cuando mi prescriptor me lo solicite. Si me niego a proporcionar una muestra para esta prueba, mi prescriptor puede optar por dejar de recetarme medicamentos controlados.**
19. Mi prescriptor ha hablado conmigo sobre la posible dependencia psicológica y/o fisiológica a las sustancias controladas. Sé que algunas personas pueden desarrollar tolerancia a la medicación y necesitar aumentar la dosis, lo que los hace más propensos a volverse dependientes. La dependencia puede ocurrir si tomo la medicación durante varias semanas. Por lo tanto, cuando necesite dejar de tomar la medicación, debo hacerlo lentamente y bajo supervisión médica, o podría tener síntomas de abstinencia.
20. Solo para mujeres: Entiendo que si tomo esta medicación durante el embarazo, mi bebé puede ser adicto a ella al nacer o tener efectos de abstinencia. Algunos medicamentos pueden causar problemas **neuroconductuales a largo plazo al bebé. Los medicamentos también pueden estar presentes en la leche materna. Acepto que si quedo embarazada o planeo quedar embarazada y/o amamantar mientras tomo esta medicación, informaré inmediatamente a mi prescriptor y obstetra.**
21. Entiendo que el manejo del dolor está fuera del alcance de la práctica de DBPC. Mi proveedor de DBPC puede optar por transferir mi atención a un especialista en manejo del dolor para dolor crónico o agudo. Entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento a cualquier referencia de manejo del dolor de manera oportuna, y que mi proveedor de DBPC puede negarse a recetar sustancias controladas para el dolor después de referirme a un especialista en manejo del dolor.
- 22. Acepto seguir los elementos de este Acuerdo, los cuales me han sido explicados completamente. Todas mis preguntas e inquietudes con respecto a este Acuerdo han sido**

Entiendo que si no cumplo con este Acuerdo, mi médico puede decidir no recetarme más sustancias controladas, y podría ser dado de baja como paciente de Dr. B Psychiatry Consult, PC.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____