

Comienza Hablando!

Consentimiento de Adulto sobre Sustancias Controladas

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

El uso de los siguientes medicamentos: _____

es sólo una parte de mi tratamiento para: _____

Cantidad prescrita: _____ Dosis: _____ Número de Reposiciones: _____

Proveedor primario/a quien receta las medicinas: _____

¿Qué debo saber sobre este medicamento?

Esta medicación controlada puede ayudarme.

- **Los medicamentos para el dolor con opioides a menudo tienen efectos secundarios, que pueden incluir, pero no están limitados a:** Comezón, estreñimiento severo, erupciones, somnolencia, problemas para orinar o pasar las heces, problemas para pensar con claridad, empeoramiento de la depresión
- **La ansiedad y la (s) medicina (s) del sueño pueden causar:** Mareos, problemas de memoria
- **El combinar medicamentos puede causar:** Sobredosis, dificultad para respirar, muerte
- **Los medicamentos estimulantes (por ejemplo, para ADHD) pueden causar:** Alta presión sanguínea, latidos cardíacos rápidos o irregulares, pérdida involuntaria de peso, el empeoramiento de los trastornos del estado de ánimo

Una sustancia controlada es una droga u otra sustancia que la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos (DEA) ha identificado como potencial objeto de abuso. Podría convertirme en adicto a este medicamento.

Si debo dejar de tomar este medicamento por alguna razón, necesito detenerlo lentamente. Detenerlo lentamente me ayudará a evitar sentirme enfermo debido a los síntomas de síndrome de abstinencia. Si decido suspender la medicación, me pondré en contacto con mi proveedor o miembro del equipo de tratamiento.

Si yo o alguien de mi familia ha tenido problemas de drogas o alcohol tengo una mayor probabilidad de convertirme en adicto a este medicamento.

Si tomo este medicamento y bebo alcohol o uso drogas ilegales yo:

- Podría no ser capaz de pensar con claridad.
- **Podría ponerme en riesgo** (por ejemplo, podría tener un accidente de carro), podría enfermarme o incluso morir.

Mi proveedor sólo recetará este medicamento si no uso drogas ilegales.

Si no uso este medicamento exactamente ha sido prescrito corro el riesgo de herirme y herir a los demás.

No aumentaré ni cambiaré la dosis de mi medicamento sin que me lo indique mi proveedor o miembro del equipo de tratamiento.

No se dan recargas tempranas de este medicamento, a menos que el proveedor o el paciente vaya a estar fuera de la ciudad en el momento en que sea necesario hacer la recarga.

Estoy a cargo de mi medicina.

- Sé que mi medicina no será reemplazada si es robada o perdida.
- No voy a compartir, comerciar, vender o dar este medicamento a otras personas. Si hago eso, me quitarán el medicamento.
- Mantendré mi medicina a salvo, segura y fuera del alcance de los niños.
- Se ha demostrado que el desechar apropiadamente los opioides reduce lesiones y muertes entre miembros de la familia. El desecho apropiado de sustancias controladas vencidas, no usadas o requeridas debe hacerse a través de programas comunitarios de recolección, farmacias locales o agencias gubernamentales locales. La información acerca de dónde regresar drogas prescritas la puede encontrar en michigan.gov/deqdrugdisposal

¿Qué puedo hacer para ayudar?

- Traer mis frascos de píldoras con cualquier píldora que quede a cada consulta en la oficina.
- Cuando me lo piden, daré una muestra de orina y / o traeré mis frasquitos para ayudar a monitorear mi tratamiento dentro de las 24 horas de haber sido llamado. Entiendo que la política de Cherry Health requiere pruebas periódicas.
- Llegar a tiempo para todas las citas y pruebas establecidas por mi proveedor. Si faltó mis citas, puede que no sea seguro para mí seguir tomando este medicamento, y mi proveedor puede requerir una visita a la oficina antes de ordenar recargas.
- Firmaré un formulario de autorización para que el proveedor o la enfermera hable con todos los otros proveedores que me atienden.
- Le daré a mi proveedor permiso para hablar con mi farmacia. Mi proveedor comprobará mi historial de recetas médicas por medio de registros de farmacias estatales y puede llamar a mis farmacias.
- Le haré saber a mi proveedor de todos los otros medicamentos que tomo y se lo diré de inmediato si tengo una receta para un nuevo medicamento.
- Varones solamente: Soy consciente de que el uso crónico de opioides se ha asociado con bajos niveles de testosterona en los varones. Esto puede afectar mi estado de ánimo, resistencia, deseo sexual y rendimiento físico y sexual. Entiendo que mi proveedor puede examinar mi sangre para verificar mi nivel de testosterona.
- Sólo mujeres: Si planeo quedar embarazada o creo que he quedado embarazada mientras tomaba este medicamento, notificaré inmediatamente a la oficina del proveedor primario. Soy consciente de que si me quedo embarazada y doy luz mientras tomo estos medicamentos, el bebé puede depender físicamente de los opioides.

Estoy de acuerdo en usar la farmacia que aparece a continuación para surtir las recetas de todas las sustancias controladas.

Nombre de farmacia: _____

Teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____

¿Cómo puedo obtener mis recetas?

- Sólo puedo obtener esta receta de la oficina de mi proveedor primaria a menos que se mencione a continuación.
 - Otro proveedor que me puede prescribir sustancias controladas: _____
- No recibiré medicamentos controlados de otros proveedores sin consultar con mi proveedor primaria.
- Se controlan las prescripciones sobre sustancias controladas. Estas prescripciones a menudo necesitan un recibo firmado por mi proveedor y no puede ser enviada, enviada por fax o llamada a la farmacia. Este tipo de receta tarda 24 horas en estar lista y ser retirada en el centro de salud.
- Usaré una sola farmacia para llenar estas prescripciones.
- Las recargas se darán solamente durante las horas normales de oficina. La política de Cherry Health impide que los proveedores de atención continua prescriban sustancias controladas. No habrá recargas cuando la oficina esté cerrada.
- Sé que a menos que mi proveedor me indique lo contrario, necesito una cita programada para obtener recargas de recetas.
- Si mi proveedor decide que es seguro para mí obtener una recarga sin una cita, sólo yo o alguien que yo elija puede recoger la receta del centro de salud. A esta persona se le puede pedir que muestre su identificación.

¿Cuáles son las razones para poner fin al acuerdo?

Es posible que usted no pueda obtener las prescripciones de sustancias controladas de Cherry Health en los siguientes casos:

- Toma más medicamentos que se recetan o toma el medicamento de manera diferente de lo indicado.
- No da una muestra de orina cuando se la piden o no participa en un recuento de píldoras.
- Las pruebas de orina o el recuento de píldoras no contienen las cantidades esperadas del medicamento recetado.
- Medicamentos no recetados (por ejemplo, de amigos, otros proveedores, la sala de emergencias, las compras en la calle) o las drogas ilegales (incluida la marihuana) estén presentes.
- Está detenido o encarcelado relacionado con drogas legales o ilegales (incluyendo alcohol).

Es posible que no pueda ser visto en este centro de salud o en cualquier oficina de Cherry Health si soy perjudicial o amenazante con el personal.

Entiendo que bajo la ley estatal de Michigan el uso no médico de sustancias controladas (es decir, mentir para obtener medicamentos, dar o vender estos medicamentos a otros) es un delito y resultará en la terminación del tratamiento controlado de la medicación. Entregar, distribuir o compartir sustancias controladas sin una prescripción médica otorgada por un médico licenciado es un delito.

¿Cuáles son las responsabilidades de mi proveedor?

- Comprometerse a trabajar conmigo en mis esfuerzos por mejorar.
- Asegurarse de que este tratamiento sea lo más seguro posible, revisando regularmente para asegurarse de que no esté teniendo efectos secundarios negativos y trabajando con otros proveedores que me atienden.
- Mantener un registro de mis recetas usando datos recopilados por el estado o llamando a mi farmacia.
- Conectarme con otras formas de tratamiento para ayudarme con mi condición si está indicado.
- Establecer metas de tratamiento y monitorear mi progreso en el logro de esas metas.
- Ayudarme a recibir tratamiento para bajar los medicamentos de forma segura y con mínimas molestias si me vuelvo adicto.
- Educarme acerca de los riesgos del desorden de uso de sustancias o sobredosis asociada con el uso de sustancias controladas que contiene un opiode.

Consentimiento

He sido informado que en caso de incumplimiento del presente consentimiento, podría ser despedido de Cherry Health. Yo certifico que sé leer o comprendo y escribo español. Leí u otra persona me leyó el consentimiento que antecede. Comprendo totalmente el consentimiento que antecede en español. Se me respondieron mis preguntas. Todos los espacios en blanco se completaron antes de que yo firmara el consentimiento.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Proveedor

Fecha