

## **Acuerdo de medicamentos controlados**

PARA EL PACIENTE: *El propósito de este Acuerdo es evitar malentendidos sobre ciertos medicamentos que le recetan actualmente o que le puedan recetar en el futuro. Este acuerdo le ayuda a usted y a su médico a cumplir con las leyes de medicación controlada y, al mismo tiempo, le brinda la mejor atención posible. Este Acuerdo se aplica al uso de todos y cada uno de los medicamentos, incluidos los medicamentos recetados, estimulantes, analgésicos y opioides/narcóticos.*

SI SE PRESCRIBEN MEDICAMENTOS CONTROLADOS, ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Existen leyes, regulaciones y políticas estatales y federales sobre el uso y la prescripción de sustancias controladas. Por lo tanto, los medicamentos solo se proporcionarán en o a través de CrescentCare si sigo las reglas especificadas en este Acuerdo.
- Mi proveedor puede optar por suspender los medicamentos en cualquier momento.
- Si no cumplo con alguna de las siguientes pautas o condiciones, se puede proceder a la interrupción de los medicamentos o al alta de la atención, del tratamiento y la prestación de servicios en CrescentCare.
  - Mi participación en una actividad delictiva también puede dar lugar a que mi desvinculación con CrescentCare.
  - Para ciertos medicamentos, entiendo que mi médico reducirá la cantidad o concentración del medicamento durante un período de tiempo para evitar los síntomas de abstinencia, y que puede recomendar un programa de tratamiento para la dependencia a las sustancias.
  - Notificaré a mi proveedor de CrescentCare sobre todos los medicamentos que uso, como recetas, medicamentos de venta libre o remedios a base de hierbas, incluidos los que tomo en cualquier momento, recetados por cualquier proveedor.
  - No intentaré obtener ningún medicamento controlado de otro proveedor o fuente, incluidos los analgésicos opioides controlados, estimulantes o ansiolíticos.
  - Es posible que los medicamentos solo traten parcialmente mi condición. Participaré activamente en otras remisiones o tratamientos, incluida la terapia de conversación, los grupos de apoyo y las técnicas de relajación que recomiende mi proveedor para controlar la afección que se está tratando.
  - Usaré los medicamentos solo de la manera y en la dosis que consta en la receta.
  - Entiendo que no se darán resurtidos anticipados, incluso si me quedo sin medicamento antes de que el proveedor pueda recetarlo de manera segura, o si la receta o el medicamento se pierde o lo roban.
  - Entiendo que solo debo solicitar resurtidos cuando se hayan agotado mis últimas 2-3 dosis y no debo guardar/almacenar/recolectar/acumular comprimidos.
  - Acepto ir a CrescentCare con mi medicamento para un recuento de comprimidos dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que me llamen para comprobar el uso adecuado de mi medicamento.
  - Entiendo que mi información será supervisada en el Sistema de Control de Recetas para verificar si estoy tomando el medicamento de acuerdo con las leyes y regulaciones de sustancias controladas.
  - Soy responsable de mi medicamento y lo guardaré en un lugar seguro.
  - Entiendo que tomar medicamentos recetados que no me hayan sido recetados o dar/vender/intercambiar mi medicamento estimulante con otras personas es ilegal.
  - Entiendo que mi proveedor puede solicitar una prueba de detección de orina o sangre antes de comenzar con un medicamento controlado.
  - Acepto realizar análisis aleatorios de orina o sangre, y otras pruebas de diagnóstico, si mi proveedor lo solicita para comprobar si estoy siguiendo el plan de tratamiento.

Dependiendo de los resultados de las pruebas de detección, es posible que pueda o no seguir recibiendo recetas para el medicamento controlado. Entiendo que estoy obligado a completar la prueba de detección de sustancias en un plazo de 48 horas a partir de la solicitud de mi proveedor y que si no lo hago puede resultar en la interrupción de mi medicación.

- No alteraré mi receta, no obtendré recetas duplicadas de más de un proveedor ni recurriré al engaño para obtener una receta.
- Entiendo que no se me puede recetar un medicamento controlado si desarrollo una condición médica o de salud mental para la cual este medicamento está contraindicado (en otras palabras, puede tener un impacto negativo no intencionado en mi salud o bienestar).
- Me abstendré de sustancias ilegales/ilícitas y de sustancias controladas que no me hayan recetado debido al potencial de riesgo grave para mi salud.
- Entiendo que no debo beber alcohol o sustancias ilícitas mientras tomo medicamentos controlados porque hacerlo puede ser un riesgo grave para mi salud.
- Entiendo que existe la posibilidad de desarrollar tolerancia a los medicamentos controlados y esto los hace menos efectivos con el tiempo.
- Entiendo que existe la posibilidad de desarrollar una dependencia física o psicológica grave o una adicción a los medicamentos controlados.
- **(Si corresponde):** Informaré a mi proveedor de inmediato si estoy embarazada, planeo estarlo o sospecho que puedo estar embarazada.

SI SE PRESCRIBEN MEDICAMENTOS CONTROLADOS, CERTIFICO Y CONSIENTO LO SIGUIENTE:

- Actualmente no consumo drogas ilegales ni abuso de medicamentos recetados, y no estoy en tratamiento por dependencia (adicción) o abuso de sustancias. Leo y participo de este acuerdo en pleno uso de mis facultades y no me encuentro bajo la influencia de ninguna sustancia que pudiera afectar mi juicio.
- No me han dado garantías de ningún tipo respecto de los resultados del tratamiento. Con pleno conocimiento de los beneficios potenciales y los posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento, ya que comprendo que representa una oportunidad de tener una vida más productiva y activa.
- He revisado los efectos secundarios de los medicamentos que pueden ocurrir en el tratamiento. Comprendo todas las explicaciones sobre los beneficios y riesgos de estos medicamentos y acepto usarlos.
- Mediante el presente, autorizo al profesional que administre o lleve a cabo el tratamiento médico descrito anteriormente en este Acuerdo, y otorgo mi consentimiento.
- He leído y comprendo toda la información contenida en este Acuerdo de Medicamentos Controlados, incluido cualquier documento adjunto, y he completado todos los espacios en blanco antes de firmar. Este Acuerdo seguirá siendo válido hasta que sea revocado.
- He tenido la posibilidad de realizar preguntas sobre el tratamiento médico descrito anteriormente en este acuerdo, incluidos los riesgos y las alternativas, y reconozco que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He recibido una copia de este documento.