



ACUERDO SOBRE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	
N.º de exp. médico del paciente	
Centro de atención de PSHMG	
Proveedor tratante	

Entiendo que tengo derecho a tener un control completo del dolor. Las sustancias controladas o narcóticos son medicamentos minuciosamente regulados por la Food and Drug Administration, (Oficina de Alimentos y Medicamentos o FDA, por sus siglas en inglés) y por la Drug Enforcement Agency (Agencia Federal Antinarcóticos o DEA, por sus siglas en inglés), y se utilizan para tratar afecciones como el dolor, la ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Debido a los peligros potenciales de estos medicamentos, incluidos la adicción, las interacciones negativas entre medicamentos y el riesgo de una sobredosis, acepto celebrar este acuerdo sobre uso de una sustancia controlada para prevenir el uso inapropiado de estos medicamentos y la probabilidad de adicción. Comprendo que el incumplimiento de cualquiera de las declaraciones acordadas podría causar la suspensión de estos medicamentos o la remisión de Penn State Health y todos los proveedores relacionados a un programa de tratamiento para la adicción.

Acepto someterme a un tratamiento para el control del dolor/con sustancias controladas en este centro de atención de **Penn State Health Medical Group** para mi diagnóstico de _____. Estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones para garantizar que estoy utilizando mis medicamentos de manera segura y terapéutica:

1. No aceptaré ninguna receta para sustancias controladas de ningún otro proveedor que me trate, a menos que sea aprobada por el proveedor que me trata y que forma parte de este acuerdo.
2. No iré a salas de emergencia, centros de atención de urgencias, centros de atención sin cita previa ni proveedores especialistas para el control del dolor ni para solicitar medicamentos para mi afección crónica para la cual estoy recibiendo este tratamiento, a menos que el proveedor que me trata así me lo indique. Este acuerdo no me impide ir a salas de emergencia, centros de atención de urgencias, centros de atención sin cita previa o proveedores especialistas a causa de un nuevo dolor agudo de cualquier tipo o por cualquier otro motivo que considere necesario, que excluya el control del dolor para mi afección crónica como se indicó anteriormente. Acepto informar que tengo un acuerdo sobre sustancias controladas a todo proveedor nuevo que me trate o intervenga para que esté al tanto. Llamaré por teléfono al centro de atención en el periodo de una semana para informar sobre cualquier visita a salas de emergencia, centros de atención de urgencias, centros de atención sin cita previa o proveedores especialistas a la que haya asistido para recibir tratamiento para el dolor agudo o en la que me hayan administrado una sustancia controlada.
3. Entiendo que, de conformidad con los lineamientos de los CDC (Centros para el Control de Enfermedades), se deben evitar las dosis equivalentes de morfina (MED) superiores a 90 para el dolor que no se relaciona con el cáncer. Las investigaciones indican que dosis más altas incrementan exponencialmente el riesgo de complicaciones graves, incluida la muerte. Comprendo que nuestro objetivo será reducir su dosis diaria si la MED es superior a 90.
4. Soy consciente de que mi proveedor debe consultar al Pennsylvania Drug Monitoring Program (Programa de Control de Medicamentos de Pensilvania) cada vez que recete una sustancia controlada. Cualquier advertencia de peligro identificada por esta consulta podría causar la cancelación de este Acuerdo.
5. El objetivo del tratamiento con sustancias controladas es aliviar el dolor y mejorar mi calidad de vida. Si cree que no me estoy beneficiando de la terapia crónica con opioides, el proveedor prescriptor puede disminuir estos medicamentos o remitirme a un programa de tratamiento asistido con medicación.
6. Mi médico me ha explicado los riesgos importantes asociados con la terapia crónica con opioides. Estos riesgos incluyen, entre otros, sedación, estreñimiento y, en algunas ocasiones, la muerte.
7. Soy responsable de asegurarme de que mis medicamentos no se acaben durante los fines de semana o los días feriados, ya que la suspensión abrupta de estos medicamentos causará síntomas graves de abstinencia. Debo avisar con 72 horas de anticipación para la reposición de medicamentos recetados. Solicitar reposiciones antes de tiempo se considera incumplimiento de este Acuerdo y causa de suspensión del medicamento y/o remisión del centro de atención a un programa de rehabilitación de drogas. No se surtirán medicamentos recetados el mismo día, a menos que yo me presente para una cita programada.
8. Comprendo que debo conservar mis medicamentos en un lugar seguro y que el centro de atención no me suministrará una reposición adicional si los pierdo. Los medicamentos robados no se reemplazarán.
9. No daré, venderé ni intercambiaré mis medicamentos recetados a nadie.
10. Solo utilizaré una farmacia. Es _____ y el número de teléfono es _____.
11. Respetaré mis citas programadas con el centro de atención; de lo contrario notificaré al centro de atención con al menos 24 horas de anticipación. Las ausencias o cancelaciones podrían causar la suspensión del medicamento y la remisión del centro de atención a un programa de rehabilitación por uso de drogas.
12. Acepto abstenerme de usar toda droga ilícita o ilegal. Además, acepto notificar al centro de atención sobre cualquier medicamento que altere mi mente/estado de ánimo, como antihistamínicos, sedantes, antidepresivos y relajantes musculares recetados por otro proveedor u obtenidos como medicamentos de venta libre.
13. Acepto someterme a pruebas aleatorias de orina para detección de fármacos y comprendo que es un método para detectar el uso adecuado e inadecuado. Dependiendo de mi seguro, entiendo que puede haber un cargo adicional por esas pruebas y que soy responsable de los costos de esas pruebas si mi seguro no las cubre.

14. Comprendo que los analgésicos son solo un aspecto de mi plan de tratamiento contra el dolor. Acepto también las siguientes modalidades de tratamiento, si se indican y son adecuadas, que incluyen, entre otras, completar las pruebas requeridas, citas con especialistas y citas de seguimiento.

Otros medicamentos: _____

Fisioterapia/ejercicio: _____

Cambios en la alimentación: _____

Dejar de fumar: _____

Asesoramiento psicológico: _____

15. Mi plan de tratamiento puede cambiar, incluidos cambios en medicamentos y modalidades, si el proveedor que me trata lo considera adecuado, en base a la eficacia del plan. El incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento y del plan podría causar la suspensión del medicamento(s), y/o mi expulsión del centro de atención y/o de todos los consultorios de Penn State Health con una remisión correspondiente a un programa de rehabilitación de drogas. Si se me solicita, proporcionaré la documentación de que he cumplido con mi plan de tratamiento.

16. Este Acuerdo estará vigente hasta que ya no se requieran los medicamentos, pero puede modificarse en cualquier momento si hubiera cambios en mi plan de tratamiento. Esto incluye cambios en el medicamento o la dosis, transferencia de atención a otro proveedor o la determinación de mi proveedor en cualquier momento de la necesidad de actualizar este Acuerdo.

17. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a mis antecedentes de dolor es precisa y está completa.

18. Entiendo que se incluirá una copia de este Acuerdo en mi historia clínica.

_____ He leído y entendido los puntos que se detallan más arriba sobre mi tratamiento con sustancias controladas. (Iniciales del paciente) Tuve la oportunidad de hacer preguntas, y todas las preguntas se respondieron a mi satisfacción.

Cláusulas de cancelación

- A. El proveedor que me trata en el centro de atención podría cancelar este Acuerdo en cualquier momento si tiene razones para creer que no estoy cumpliendo con los términos de este Acuerdo o que he hecho una declaración engañosa o falsa con respecto a mi dolor o con el cumplimiento de los términos de este Acuerdo.
- B. Dependiendo del incumplimiento, podría o no darme más medicamento con fines de suspenderlo gradualmente. El centro de atención proporcionará información sobre el tratamiento de adicciones y los centros de desintoxicación si fuera necesario.
- C. Comprendo que puedo cancelar este Acuerdo en cualquier momento, sin embargo mi cancelación de este Acuerdo podría causar la suspensión de estos medicamentos y/o la expulsión del centro de atención y/o de todos los consultorios de Penn State Health.
- D. Acepto también que el centro de atención tiene la obligación legal de informar a los organismos encargados del cumplimiento de la ley y las compañías de seguro sobre cualquier actividad ilegal de la que razonablemente sospeche.

_____ He leído y entendido los puntos que se detallan más arriba sobre mi tratamiento con sustancias controladas. (Iniciales del paciente) Tuve la oportunidad de hacer preguntas, y todas las preguntas se respondieron a mi satisfacción. Si el proveedor que me trata cancela este Acuerdo, comprendo que ya no se me recetarán sustancias controladas en el centro de atención.

Asimismo, el incumplimiento de cualquiera de las declaraciones acordadas anteriormente podría causar la expulsión del centro de atención y/o de todos los consultorios de Penn State Health. Si me expulsan, acepto buscar atención de otro proveedor, incluida, entre otras, la terapia asistida con medicación, y consideraré firmemente el tratamiento para la adicción.

Firma del paciente

Fecha/hora AM/PM

Firma del proveedor

Fecha/Hora AM/PM

Testigo

Fecha/hora AM/PM

Medicamentos iniciales y dosis: _____

El paciente aceptó una copia del acuerdo. SI NO