

Nuestro objetivo en de la Clínica del Dolor es asistir a los pacientes con el tratamiento de su dolor crónico. Esto se logra a través de varias modalidades, incluyendo inyecciones o bloqueos nerviosos, terapia física, programas de ejercicios, consejería psicológica de ser necesaria y referidos a cirugía u otras especialidades de ser necesario. Nos enfocamos en tratar el dolor de varias maneras y no solamente con medicamentos para permitir a los pacientes vivir una vida libre de dolor hasta donde sea posible. Intentamos tratar la causa de dolor y no los síntomas de este. **Sin embargo, también entendemos que el uso de opioides y otros tipos de medicamentos pueden ser necesarios para el tratamiento de ciertos tipos de dolor crónico.**

El propósito de este acuerdo es aclarar las condiciones bajo las cuales el médico suspendería la prescripción de medicamentos. Este acuerdo permitirá que tanto usted como su doctor puedan adherirse a las normas relacionadas con el uso y prescripción de medicamentos controlados y evitar malentendidos sobre los medicamentos utilizados para tratamiento del dolor. **Por favor lea con atención cada punto de este acuerdo:**

YO ENTIENDO Y ACEPTO LOS SIGUIENTES TERMINOS DE TODAS Y CADA UNA DE LAS PRESCRIPCIONES:

1. YO USARÉ LOS MEDICAMENTOS EN LA CANTIDAD Y FRECUENCIA PRESCRITA POR EL ESPECIALISTA DE DOLOR, SI YO TOMO UNA CANTIDAD MAYOR A LA INDICADO ENTIENDO QUE NO SE SURTIRÁ LA MEDICINA ANTES DE LA FECHA INDICADA Y PODRIA QUEDAR SIN MEDICAMENTO PARA MANEJO DE DOLOR POR UN TIEMPO.
2. NO COMPARTIRÉ, VENDERÉ O CAMBIARÉ MIS MEDICAMENTOS CON NADIE. NO INTENTARÉ OBTENER MEDICINAS CONTROLADAS, INCLUYENDO MEDICAMENTOS TIPO OPIOIDES, ESTIMULANTES CONTROLADOS O MEDICAMENTOS PARA CONTROL DE ANSIEDAD DE OTRO DOCTOR. CUIDARÉ MIS PRESCRIPCIONES Y MIS MEDICAMENTOS PARA EVITAR SU PÉRDIDA O ROBO. ENTIENDO QUE ANTE LA PÉRDIDA DE MEDICAMENTOS O ROBO DE LOS MISMOS NO SERAN REEMPLAZADOS.
3. EL DESCONTINUAR SÚBITAMENTE UN OPIOIDE PUEDE LLEVAR A EFECTOS DE SINDROME DE ABSTINENCIA QUE PUEDEN CAUSARLE MOLESTIAS Y/O PONER EN RIESGO SU SALUD.
4. EN EL CASO QUE MI MÉDICO CONSIDERE QUE LA DOSIS DE MI MEDICAMENTO ES EXCESIVA O SE IDENTIFIQUE UN DIAGNÓSTICO DE ADICCIÓN, ÉL REDUCIRÁ EL MEDICAMENTO POR EL PERIODO DE TIEMPO (DÍAS, SEMANAS O MESES) NECESARIO PARA EVITAR SÍNTOMAS DEL SINDROME DE ABSTINENCIA. ADICIONALMENTE PODRIA SER NECESARIO SEGUIR UN TRATAMIENTO PARA ADICCIÓN O DETOXIFICACIÓN.
5. ENTIENDO Y ACEPTO QUE NO RECIBIRÉ NINGÚN TIPO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DOLOR O MEDICAMENTOS SEDANTES DE NINGÚN OTRO MÉDICO A EXCEPCIÓN DE MI ESPECIALISTA, A MENOS QUE SE PRESENTE UNA NECESIDAD MÉDICA ESPECÍFICA. SI MI CUIDADOR O YO RECIBIMOS MEDICAMENTOS PARA DOLOR O SEDANTES DE PARTE DE OTRO MÉDICO, DEBEMOS INFORMAR A ESTA OFICINA POR TELÉFONO O POR ESCRITO DENTRO DE LAS SIGUIENTES 72 HORAS DESPUES DE HABER RECIBIDO LOS MEDICAMENTOS.
6. LA SOLICITUD DE UNA NUEVA PRESCRIPCIÓN DEBE SER REALIZADA SOLO DURANTE HORAS LABORALES DE LA OFICINA.
7. LA SOLICITUD DE UNA NUEVA PRESCRIPCIÓN NO ESTARÁ DISPONIBLE DURANTE LAS NOCHES, FINES DE SEMANA O FERIADOS Y TAMPOCO CON MENOS DE 72 HORAS DE HABER INFORMADO A MI MEDICO O AL PERSONAL DE LA OFICINA.

8. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD HACER SEGUIMIENTO A MI SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.
9. MI DOCTOR PUEDE, SEGÚN SU CRITERIO, AUTORIZAR UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA BASADO EN UNA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA RELACIONADA CON MI CONDICIÓN MÉDICA Y LOS EFECTOS QUE ESTOS MEDICAMENTOS TENGAN SOBRE MI CONDICIÓN.
10. INFORMARÉ DE MANERA COMPLETA Y HONESTA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS E INTENSIDAD DE MI DOLOR, EL EFECTO DEL DOLOR EN MI VIDA DIARIA Y QUE TANTO ME AYUDAN LOS MEDICAMENTOS A ALIVIAR EL DOLOR. ENTIENDO QUE, MI CUIDADOR Y/O YO SOMOS RESPONSABLES DE LA INFORMACIÓN QUE SEA SUMINISTRADA AL MÉDICO, YA SEA DURANTE LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO, POR TELÉFONO (954-447-5206) DURANTE LAS HORAS DE OFICINA, EN RELACIÓN CON CUALQUIER PROBLEMA O EFECTO SECUNDARIO DEL MEDICAMENTO.
11. HE SIDO INFORMADO DE ABSTENERME O MODERAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS MIENTRAS TOMO MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR. NO UTILIZARÉ NINGUNA SUSTANCIA ILEGAL O CONTROLADA, INCLUIDAS, PERO NO LIMITADAS A MARIHUANA, COCAÍNA, EXTASIS, GHB, ETC. SI SOY FUMADOR, ENTIENDO QUE SE ME RECOMENDARA FUMAR. LOS FUMADORES GENERALMENTE TIENEN MENOR RESPUESTA AL TRATAMIENTO PARA DOLOR POR LOS EFECTOS DEL CIGARILLO EN EL TRANSPORTE DE OXÍGENO A LOS TEJIDOS PERIFÉRICOS. ADICIONALMENTE LA OBESIDAD ES UN FACTOR MUY IMPORTANTE EN EL FRACASO DEL TRATAMIENTO PARA EL DOLOR CRÓNICO. CADA 10 LIBRAS DE EXCESO QUE SE TENGAN AFECTA LA COLUMNA, DISCOS VERTEBRALES Y NERVIOS ESPINALES. EL PESO EXCESIVO RESULTA EN UN AUMENTO DE DOLOR. SI USTED TIENE SOBREPESO DEBE INSCRIBIRSE EN UN PROGRAMA DE PÉRDIDA DE PESO Y SE LE ORDENARÁ TERAPIA FÍSICA.
12. SI RECIBO UNA ORDEN DE TERAPIA FÍSICA, ACEPTO ASISTIR Y PARTICIPAR EN LA TOTALIDAD DE LAS SESIONES ORDENADAS. SI HAY ALGÚN TIPO DE PROBLEMA CON LA TERAPIA FÍSICA, YO INFORMARÉ A MI MÉDICO DE TAL FORMA QUE PUEDAN REALIZARSE LOS CAMBIOS NECESARIOS EN MI TERAPIA.
13. YO ACEPTO QUE HARÉ LOS EXÁMENES DE ORINA, SALIVA O SANGRE NECESARIOS PARA CONFIRMAR QUE ESTOY SIGUIENDO MI TRATAMIENTO COMO FUE ORDENADO.
14. SI ME SOLICITAN, TRAERÉ TODOS LOS MEDICAMENTOS NO UTILIZADOS A LA OFICINA PARA UN "CONTEO DE LA MEDICINA". MI DOCTOR PUEDE SOLICITAR UN "CONTEO DE LA MEDICINA" ADICIONAL EN CUALQUIER MOMENTO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR CON ESTAS REGLAS. ACEPTO QUE TRAERÉ EL ÚLTIMO RECIPIENTE DE CADA MEDICAMENTO EN CADA VISITA A MI MÉDICO. ESTOS RECIPIENTES DEBEN CORRESPONDER CON LA ÚLTIMA PRESCRIPCIÓN, CON LOS SELLOS DE LOS MEDICAMENTOS INTACTOS Y LEGIBLES DE TAL FORMA QUE EL MÉDICO PUEDA DOCUMENTAR EN EL RECORD MÉDICO LA INFORMACIÓN SOBRE EL CONTROL DE MEDICAMENTOS, INCLUYENDO EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA PRESCRIPCIÓN Y DE LA FARMACIA CON SU NÚMERO DE TELÉFONO.
15. ENTIENDO QUE ESTE ACUERDO ES ESENCIAL PARA LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y QUE MI DOCTOR ACEPTA TRATARME CON BASE EN ESTE ACUERDO. ENTIENDO TAMBIÉN QUE, SI NO CUMPLO CON ESTE ACUERDO O ENTREGO INFORMACIÓN FALSA, MI DOCTOR SUSPENDERÁ LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA MANEJO DE DOLOR Y SERÉ REMOVIDO DE LA PRÁCTICA MÉDICA DE MANERA INMEDIATA.

---

He revisado y entendido todos los puntos de este acuerdo de 3 páginas. Acepto lo descrito en cada punto. Todas mis preguntas relacionadas con el tratamiento han sido adecuadamente respondidas. Una copia de este documento me será entregada en caso de ser solicitada. Yo acepto de manera voluntaria mi participación en este programa de tratamiento para el dolor como está descrito en este acuerdo.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del representante del paciente \_\_\_\_\_ Firma del representante \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_