

Acuerdo sobre Sustancias Controladas

Este acuerdo tiene como propósito protegerle como paciente e informarle acerca de nuestras reglas y normas asociadas a las recetas médicas de sustancias controladas para usted, ya sea ahora o en el futuro.

De acuerdo con las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y la Junta Médica Estatal de NC, las prácticas médicas de Hugh Chatham se adhieren a políticas y normas estrictas para emitir recetas de narcóticos para el manejo del dolor. Por lo tanto, no recetamos medicamentos controlados, tales como Morfina, Fentanilo, Oxycodona, Oxycontin, Dilaudid o Demerol de forma rutinaria. En raras ocasiones, además de otras modalidades para el tratamiento del dolor agudo, se utiliza también un corto período de ingesta de alguna sustancia controlada para calmar el dolor. Los pacientes que requieran estos medicamentos más fuertes luego de una intervención médica, o para manejar dolores crónicos, podrían ser referidos también a una clínica para el control del dolor para recibir tratamiento adicional. Los pacientes que, por cualquier motivo, hayan conuido un tratamiento y hayan sido dados de alta por una clínica para el control del dolor, no recibirán recetas de medicación adicional para el dolor de ninguna oficina afiliada a Hugh Chatham.

Debido al alto riesgo de adicción y abuso, las recetas para benzodiazepinas serán limitadas. El uso de estos medicamentos puede requerir la supervisión de un especialista en salud mental o comportamiento.

Debido a que muchos de estos medicamentos tienen potencial de ser abusados o revendidos ilegalmente, se requiere una estricta rendición de datos de control al momento de ser recetados. Por lo tanto, comprendo y doy mi aprobación a lo siguiente:

1. **Si yo necesito utilizar narcóticos a largo plazo podría ser referido a un especialista en manejo del dolor.** (Las directrices de los centros CDC recomiendan un período de hasta 3 días como tiempo suficiente para la mayoría de casos de dolor agudo; además ocurre muy pocas veces que se emitan recetas para el dolor que sean para más de 5 a 7 días de medicación narcótica).
2. **Yo no voy a adquirir medicamentos recetados para el dolor de ningún otro proveedor que no sea mi proveedor único de farmacia.**
3. **Todas las renovaciones de recetas (refills) de sustancias controladas deben ser emitidas por el mismo proveedor de atención médica que haya emitido la receta inicial o por el médico reemplazante a cargo en caso de ausencia de mi proveedor médico.** No se permitirán renovaciones tempranas/adelantadas a las recetas y se pienso que necesito una renovación deberé programar una cita con mi proveedor médico.
4. **No puedo compartir, vender o de otra manera otorgar acceso a estos medicamentos a otras personas.**
5. **Yo estoy sujeto a tener que hacerme análisis de Toxicología no anunciados, por orina o por sangre, para lo cual otorgaré mi cooperación.** Negarse a cooperar, la presencia de sustancias no autorizadas y/o la falta de sustancias esperadas puede resultar en la terminación de nuestra atención médica.
6. **Una receta de medicación para el dolor no constituye un sustituto a la terapia física, a las terapias de calor/frío, al uso de posturas físicas de comodidad, u otras recomendaciones de manejo del dolor que me brinde mi proveedor(es) médico(s).**
7. **Entiendo que mi proveedor médico revisará el Sistema de Reporte de Sustancias Controladas de Carolina del Norte para verificar mi historial de recetas.**

Entiendo que el incumplimiento de este acuerdo puede resultar en la interrupción de la terapia o tratamiento para el manejo del dolor, de la receta por sustancias controladas y/o la terminación de mi plan de atención médica con mi proveedor.

Yo comprendo que tomar narcóticos para el dolor puede causar dependencia física, adicción y efectos secundarios graves, y que bajo ciertas circunstancias incluso puede llevar a la muerte.

Afirmo que tengo derecho y plenas facultades para firmar este acuerdo, prestando así mi consentimiento y mi obligación vinculante a este acuerdo, el cual he leído, comprendo y acepto en todos sus términos.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____