



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE MEDICINA DEL DOLOR

Para el Paciente:

Como paciente, usted tiene el derecho de estar informado(a) acerca de su condición y el tratamiento médico o diagnóstico o terapia con medicamento que se empleará, para que usted tome una decisión informada para tomar o no el medicamento(s) conociendo los riesgos y peligros que se involucran. No es la intención de esta información asustarle o alarmarlo(a), sino que es un esfuerzo para que esté mejor informado(a) para que dé o no su consentimiento/permiso para usar el medicamento que se le recomienda a usted por mí, como su médico. La relación paciente/Médico es importante y la intención es informarle acerca de las expectativas del médico que son necesarias para conformidad del paciente. Para propósito de este acuerdo el uso de la palabra “Médico” se define para incluir no solo a su médico sino a los asociados autorizados de su médico, asistentes médicos, enfermera especializada, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención a la salud conforme sea necesario o aconsejable para tratar su condición médica.

Contrato de Estupefacientes Crónicos:

Si ha aceptado tomar estupefacientes narcóticos para su dolor, comprende que debe maximizar su seguridad y acepta seguir las instrucciones de su médico sobre el uso adecuado de estos medicamentos. El alterar el uso de medicamentos de acuerdo a las instrucciones es motivo para discontinuar la terapia de dolor. El propósito de este tratamiento es ayudarlo a controlar su dolor y mejorar su nivel de función. Las terapias alternativas se han explicado y ofrecido completamente. Esta consciente de que puede tener una enfermedad crónica y que el tratamiento puede requerir el uso prolongado o continuo de medicamentos, pero una meta apropiada de tratamiento también puede significar el eventual retiro del uso de los medicamentos o una terapia alternativa. Su plan de tratamiento está diseñado específicamente para usted. Si decide retirarse de este plan de tratamiento, deberá notificar al médico, ya que esto requerirá supervisión médica.

El riesgo de tomar medicamentos narcóticos para el dolor y las normas para la obtención de las recetas se enumeran a continuación. Al firmar este contrato, usted está de acuerdo de estos riesgos y de acuerdo en seguir todas las reglas de la clínica, sin excepciones.

Riesgo de Terapia Estupefacientes crónica:

Los pacientes que toman narcóticos pueden volverse físicamente dependientes de estos medicamentos. Dependiente significa que su cuerpo se acostumbra a recibir estos medicamentos. Por lo tanto, la interrupción repentina de estos medicamentos puede provocar posibles efectos secundarios como mareos, náuseas, dolor abdominal, problemas de presión arterial e incluso convulsiones. No deje de tomar sus medicamentos de repente.

La adicción es la dependencia psicológica. El riesgo de adicción es bajo cuando los analgésicos se utilizan adecuadamente. Sin embargo, convertirse en adictos a medicamentos para el dolor es siempre una posibilidad, incluso cuando se toman medicamentos para el dolor por razones médicas.

Otros efectos secundarios incluyen cambios de humor, estreñimiento, somnolencia y náuseas. Si queda embarazada, existe el riesgo de dependencia física a narcóticos para el feto.

Advertencias:

Si queda embarazada, notifique a su médico de inmediato. No conduzca mientras esté tomando sus medicamentos. Tenga cuidado siempre que participe en cualquier actividad que requiera concentración o coordinación, ya que sus reflejos y tiempos de reacción pueden ser más lentos, incluso si no lo nota.

Usted entiende que no se le ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier terapia con medicamentos o la cura de cualquier condición. El uso a largo plazo de medicamentos (incluida el uso "fuera de etiqueta") para tratar el dolor crónico es controversial debido a la incertidumbre con respecto al punto hasta donde proporcionan beneficio a largo plazo. Se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre su condición y los riesgos y las opciones del tratamiento para que pueda dar su consentimiento informado.

Reglamento de la Clínica:

Usted debe llenar su receta de la misma farmacia cada vez. Usted no recibirá medicamentos para el dolor de cualquier otro médico. Si usted recibe medicamentos de la sala de emergencia, o por otro procedimiento médico, por favor notifíquenos. No se recetarán repuestos temprano. No se harán repuestos de "emergencia" por la noche, el viernes por la tarde o los fines de semana.

Exámenes Médicos y Prueba de Drogas:

Estoy de acuerdo en someterse a pruebas de la orina y / o a pantallas de sangre para detectar el uso de medicamentos prescritos y no prescritos (s) en cualquier momento y sin previo aviso.

Se le ha informado y comprende que se someterá a análisis aleatorios de orina y/o sangre y evaluaciones psicológicas durante su tratamiento según lo considere necesario su médico en cualquier momento y sin previo aviso. Usted da permiso para realizar estas pruebas y comprende que su rehusó puede llevar a la terminación del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas o la ausencia de sustancias autorizadas puede resultar en que usted sea dado de alta del cuidado de su médico y reciba el aviso correspondiente para buscar atención en otro lugar. Tenga en cuenta que las sustancias controladas ahora están siendo monitoreadas por el Consejo de Farmacias del Estado de Texas y su médico tiene acceso a ellas cada vez que se escribe una receta.

Uso Ilícito de Fármacos/Drogas:

Cualquiera o todos los exámenes positivos de drogas ilícitas requerirán una evaluación psicológica y / o de adicción, así como una disminución inmediata de la analgesia narcótica.

Consentimiento Para Tratamiento y/o Terapia con Estupefacientes:

He leído el contrato y se comprometo a cumplir con todas las reglas de la clínica. He leído todos los riesgos de tomar analgésicos/estupefacientes (sustancias peligrosas y / o controladas) y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Este acuerdo se relaciona con mi uso de todos y cada uno de los medicamentos llamados medicamentos peligrosos y / o sustancias controladas (es decir, opioides, también llamados narcóticos, analgésicos y otros medicamentos recetados). Entiendo que para todos los medicamentos existen muchas leyes federales y del estado, reglamentos y políticas con respeto al uso y prescripción de sustancias controladas. Por lo tanto, los medicamentos solo se proporcionarán siempre y cuando cumpla con las reglas especificadas en este Acuerdo. También entiendo que depende del criterio del médico examinador mantener y / o terminar mi tratamiento con un aviso apropiado de 30 días sin causa. El dar de alto puede ser de inmediato por cualquier comportamiento delictivo. Acepto voluntariamente los riesgos y condiciones del plan de tratamiento propuesto.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____