

ACUERDO PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Rehabilitation Physicians of Georgia, P.C. (RPG) - Médicos especializados en rehabilitación, Georgia, P.C. (RPG)

El propósito de este Acuerdo es prevenir malentendidos sobre ciertas medicaciones que usted tomará para controlar y manejar el dolor. Este Acuerdo servirá para ayudarle a usted y a su doctor a cumplir con la ley con respecto a los medicamentos recetados.

Yo, _____, estoy de acuerdo en utilizar la farmacia: _____ ubicada en: _____
_____. Número telefónico: _____ para llenar todas mis recetas para el control y manejo del dolor.

- o Me comunicaré abierta y totalmente con mi doctor sobre el tipo y la intensidad de mi dolor, el efecto del dolor en mi vida diaria, y que tanto la medicación me está ayudando a aliviar el dolor.
- o No utilizaré ninguna sustancia controlada, prohibida o ilegal, incluyendo y sin limitar, la marihuana y la cocaína; ni hare abuso del alcohol mientras estoy bajo tratamiento. Entiendo y acepto que RPG me puede negar atención, si en su juicio clínico me encuentro bajo la influencia de alguna droga y/o de alcohol. Entiendo que también se me podría requerir el buscar una alternativa para transporte en el evento de tal ocurrencia.
- o No compartiré, ni venderé, ni negociaré con mis medicaciones con ninguna persona.
- o No obtendré ninguna medicación prohibida o controlada, incluyendo medicaciones para los dolores como opiáceos, estimulantes ilegales, o medicaciones para control de la ansiedad recetados por ningún otro doctor o clínica, sin el conocimiento y el consentimiento de RPG.
- o Salvaguardaré mi medicación para el dolor y la cuidare de posible pérdida o hurto. La medicación perdida o robada no será substituida, ni remplazada.
- o Entiendo y convengo que rellenar y/o remplazar mi receta para la medicación del dolor será hecha solamente a la hora de mi cita o visita a la oficina de RPG, durante horas de oficina regulares; y no debo faltar a mis citas programadas regularmente.
- o Entiendo que cualquier comportamiento agresivo o descortés hacia el personal de nuestra oficina o algún representante de RPG no será tolerado.
- o Estoy de acuerdo en someterme a un examen de sangre o a un análisis de orina, si así lo pide mi doctor para determinar mi cumplimiento con el programa de medicaciones recetadas para el control del dolor; también estoy de acuerdo en que tendré que pagar por estos exámenes de mi propio bolsillo.
- o Convengo y estoy de acuerdo en que utilizaré mi medicación en la medida prescrita, no tomando una dosis mayor, ni una menor de la recetada por el médico. Entiendo también que si uso una dosis mayor de la recetada esto resultara en que la medicación se acabe más pronto y me quedará sin dicha medicación hasta la fecha en que la receta pueda rellenarse.
- o No usaré mi medicación para ningún otro propósito además del que está recetado por mi doctor, y/o para controlar el dolor por el cual estoy en tratamiento.
- o No me inyectaré, ni inhalaré ningún producto opiáceo predispuesto para uso oral.
- o No alteraré de ninguna manera una receta escrita por mi doctor.
- o Seguiré todas las regulaciones aplicables relacionadas con mi uso de medicaciones controladas.

Autorizo al doctor y a mi farmacia para cooperar plena y completamente con cualquier regulación o ley impuesta por la ciudad, estado o agencia federal, incluyendo la Junta de Farmaceutas del Estado de Georgia, en la investigación del cualquier uso erróneo o equivoco, la posible venta, o cualquier otro uso incorrecto de mi medicación para el dolor. Autorizo a mi doctor a proporcionar una copia de este Acuerdo a mi farmacia. Y estoy de acuerdo en renunciar a cualquier privilegio o derecho sobre privacidad o confidencialidad con respecto a esta autorización conforme a las leyes vigentes.

Estoy de acuerdo en seguir estas pautas, las cuales me han sido clara y completamente explicadas. Todas mis preguntas y preocupaciones con respecto al tratamiento se me han contestado adecuadamente. También se me ha proporcionado una copia de este documento para mis expedientes.

Entiendo que este Acuerdo es esencial en la relación entre el doctor y el paciente, para mantener la confianza necesaria y para que mi doctor pueda empezar un tratamiento basado en este Acuerdo. **Entiendo que si no cumplo con cualquier porción de este Acuerdo, mi doctor podrá parar de recetar las medicaciones para el control del dolor y mis acciones podrían llevar a la terminación permanente de mi relación con el doctor y con RPG.**

Este Acuerdo se celebra en el día _____ del mes _____, 201__.

Firma del paciente: _____

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del médico: _____

Rev. 11-17-11