



Place name sticker or stamp with card

ACUERDO SOBRE MEDICAMENTOS OPIOIDES

Para poder controlar mejor el dolor que he tenido durante tanto tiempo y para lograr las metas que me he propuesto (*consulte, metas para el dolor*), me están recetando medicamentos analgésicos opioides. Para que este medicamento no sea peligroso y para cumplir con las leyes nacionales y estatales, yo _____ entiendo que:

(*nombre del paciente*)

- Es posible que este medicamento no me quite todo el dolor.
- Debo seguir las indicaciones de mi proveedor de atención médica. No tomaré más medicamento del que me dijeron que tomara.
- Este medicamento tiene efectos secundarios que mi proveedor de atención médica me explicó. Me respondieron todas las preguntas que yo tenía sobre este medicamento.
- Llamaré al consultorio de mi proveedor de atención médica si presento efectos secundarios después de que comience a tomar este medicamento.
- Este medicamento puede causarme sueño. Conducir u operar máquinas mientras esté tomando este medicamento puede ser peligroso.
- Consumir alcohol o usar drogas mientras estoy con este medicamento es peligroso.
- Mi cuerpo puede acostumbrarse al medicamento y si lo suspendo demasiado rápido me puedo enfermar.
- Algunas personas se han vuelto adictas a estos medicamentos. Si creo que esto me está pasando, hablaré con mi proveedor de atención médica.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Yo, _____ accedo a:
(*nombre del paciente*)

- Obtener el analgésico sólo del proveedor de atención médica que firma este documento o de su equipo médico y a informarle de inmediato si obtengo el analgésico de una sala de emergencias.
- Obtener el analgésico sólo durante horas normales de oficina y a no llamar después del horario normal para pedir el medicamento.
- Surtir la receta del medicamento sólo en una farmacia, cuyo nombre es: _____
- Dar muestras de orina y traer mis pastillas para que las cuenten cuando me lo pidan.
- No usar drogas mientras estoy con este medicamento.
- No vender ni regalar el medicamento.
- Mantener el medicamento en un lugar seguro. Si se pierde o alguien se lo roba, entiendo que no me lo pueden reponer.
- Permitir que mi proveedor de atención médica intercambie información con personas que pueden necesitar enterarse de que uso este medicamento, si mi proveedor cree que esto es necesario para mi salud y seguridad.
- Cumplir todas las citas médicas que me recomiendan para el tratamiento del dolor.
- Que se suspenda el medicamento en cualquier momento, después de discutirlo con mi proveedor de atención médica.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Yo, _____ accedo a:
(*nombre del proveedor de atención médica*)

- Explicarle su problema de dolor y cómo se espera que los opioides le ayuden.
- Explicarle los riesgos, los efectos secundarios y las alternativas del tratamiento con opioides.
- Vigilar su nivel de dolor en cada consulta para garantizar un buen control del dolor y ayudarle a lograr sus metas (*véase la hoja de metas*).
- Hacer los cambios necesarios en el plan de tratamiento para lograr un buen control del dolor.
- Incluir en su atención a un especialista en dolor y a otros especialistas de salud (*como profesionales en salud del comportamiento, fisioterapia, terapia de masaje, acupuntura y manipulación osteopática*), en la medida necesaria para que logre sus metas.
- Velar por su seguridad, en la medida de mis capacidades, mientras usted toma los medicamentos opioides. Le prestaré ayuda si se vuelve adicto.

Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha _____