



Porter Medical Associates

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: _____ FECHA: _____

AL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a ser informado sobre su afección y las recomendaciones médicas o procedimiento de diagnóstico o terapia con medicamentos que se utilizará, de modo que pueda tomar una decisión informada sobre si tomar o no el medicamento después

conociendo los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo, sino que es un esfuerzo para mejorarlo, informado así como su médico. A los efectos de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no solo mi médico, sino también los asociados autorizados, los asistentes técnicos, las enfermeras, el personal y otros proveedores de atención médica de mi médico necesario o aconsejable para tratar mi condición.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y / O LA TERAPIA CON DROGAS: Solicito voluntariamente a mi médico, **Carlos Porter, MD**, que trate mi condición que se me ha explicado. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que mi médico administre o escriba prescripción (s) de drogas (medicamentos) peligrosas y / o controladas como elemento de tratamiento. Se me ha explicado que estos los medicamentos incluyen opioides / narcóticos, estimulantes, sedantes, etc., pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. Yo además comprender que estos medicamentos pueden provocar dependencia física y / o adicción y pueden; como otras drogas utilizadas en la práctica de medicamentos, producen efectos secundarios o resultados adversos. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y la Se me han explicado las posibilidades de complicaciones que se enumeran a continuación. Entiendo que esta lista no está completa y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos. Los medicamentos específicos que mi médico planea recetar se describirán y documentarán por separado de este acuerdo. Esta incluye el uso de medicamentos para propósitos diferentes a los aprobados por la compañía farmacéutica y el gobierno (*Esto es a menudo denominado prescripción "no autorizada"*). Mi médico explicará su (s) plan (es) de tratamiento y los documentará en mi historial médico.

HE SIDO INFORMADO Y ENTIENDO que me someteré a pruebas y exámenes médicos antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen controles aleatorios sin previo aviso de drogas y evaluaciones psicológicas si se considera que necesario. Por la presente doy permiso para realizar las pruebas; **mi negativa puede dar lugar a la finalización del tratamiento.** La presencia de Sustancias no autorizadas, o sustancias aún consideradas por el Estado de Texas como ilegales, pueden resultar en que me den de alta de mi cuidado del médico. Entiendo que el objetivo de este tratamiento es ayudarme a controlar mi afección médica para poder vivir una vida más productiva y vida activa. Me doy cuenta de que puedo tener una enfermedad crónica y hay una posibilidad limitada de curación completa, pero el objetivo de tomar medicamento (s) de forma regular es para reducir (pero probablemente no eliminar) los síntomas de mi condición para que pueda disfrutar de un mejor calidad de vida. Me doy cuenta de que el tratamiento para algunos requerirá el uso prolongado o continuo de medicamentos, per El objetivo de tratamiento apropiado también puede significar la eventual suspensión del uso de todos los medicamentos. Mi plan de tratamiento será adaptado específicamente para mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento y discontinuar el uso de los medicamentos en en cualquier momento y que notificaré a mi médico sobre cualquier uso discontinuado. Además, entiendo que se me proporcionará supervisión médica si necesario al suspender el uso de medicamentos.

Entiendo que los efectos secundarios más comunes que pueden ocurrir con el uso del medicamento recetado para mi el tratamiento INCLUYE PERO NO SE LIMITA A LO SIGUIENTE :

estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picor, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latidos cardíacos irregulares), insomnio, depresión, intolerancia a los medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción, y muerte. Entiendo que Puede ser peligroso para mí operar automóviles u otra maquinaria mientras uso estos medicamentos y puedo quedar incapacitado durante todo actividades, incluido el trabajo. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones. me han explicado y todavía deseo recibir medicación (s) para el tratamiento.

Entiendo que NO se me ha otorgado NINGUNA GARANTÍA O GARANTÍA en cuanto a los resultados de cualquier terapia con medicamentos, o cura de cualquier condición. El uso a largo plazo de medicamentos es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que brindan beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi enfermedad y tratamiento. Los riesgos de no recibir tratamiento, y la terapia con medicamentos, tratamiento médico o procedimiento (s) de diagnóstico que se usarán para tratar mi condición, y los riesgos y peligros de tal Se han explicado la

farmacoterapia, el tratamiento y el (los) procedimiento (s). Creo que tengo suficiente información para dar este informado consentimiento.

_____ Iniciales

SOLO PARA PACIENTES FEMENINOS:

• *Que yo sepa, NO estoy embarazada. Usaré métodos anticonceptivos / anticonceptivos apropiados durante mi tratamiento. Acepto que es MI responsabilidad informar a mi médico de inmediato si quedo embarazada. Si estoy embarazada o no estoy seguro, NOTIFICARÉ A MI MÉDICO INMEDIATAMENTE.*

• *Se me han explicado completamente todos los posibles efectos anteriores de los medicamentos y entiendo que, en la actualidad, No se han realizado suficientes estudios sobre el uso a largo plazo de muchos medicamentos, es decir, opioides / narcóticos / estimulantes para asegurar total seguridad para mi (s) hijo (s) por nacer. Con pleno conocimiento de esto, doy mi*

consentimiento para su uso y eximo a mi médico por lesiones en el embrión / feto / bebé.

_____ Iniciales

ENTIENDO Y ACEPTO TODO LO SIGUIENTE:

Se me ha notificado el uso prolongado de sustancias tales como opioides (analgésicos narcóticos), tranquilizantes de benzodiazepina y Los sedantes barbitúricos y otros medicamentos controlados son controvertidos debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionar un beneficio a largo plazo. También existe el riesgo de que se desarrolle un trastorno adictivo o de que ocurra una recaída en una persona con una adicción. El alcance de este riesgo no es seguro. En cualquier momento, mi médico puede optar por suspender el (los) medicamento (s). **Por lo tanto, Los medicamentos solo se proporcionarán siempre que cumpla con todas las reglas especificadas en este Acuerdo. El incumplimiento de cualquier de las siguientes pautas y / o condiciones será la causa de la interrupción de los medicamentos y / o mi alta de la atención.** El alta puede ser inmediata por cualquier comportamiento delictivo:

• Notificaré a mi médico **todos los medicamentos** que tome en cualquier momento, recetados por cualquier médico.

_____ Iniciales

• Todos los medicamentos deben obtenerse en **una farmacia cuando sea posible.**

_____ Iniciales

• Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, se lo notificaré a mi médico.

_____ Iniciales

• Todas las sustancias controladas deben provenir de los médicos de Porter Medical Associates, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. Soy consciente de que esto es por mi seguridad y bienestar, y la información de que he estado recibiendo medicamentos. recetado por otros médicos no aprobados por mi médico puede dar lugar a la interrupción del tratamiento

_____ Iniciales

• Informaré a mi médico sobre cualquier medicamento nuevo o condición médica, y / o cualquier efecto adverso que experimente de cualquier de los medicamentos que tomo.

_____ Iniciales

• No compartiré, venderé ni permitiré que otros tengan acceso a estos medicamentos.

_____ Iniciales

• Entiendo que mi (s) medicamento (s) se volverán a surtir en mi cita mensual programada.

_____ Iniciales

• Entiendo que mi (s) receta (s) son como dinero; **si mi (s) medicamento (s) se destruyen, pierden o son robados. NO SERÁN**

REEMPLAZADOS.

_____ Iniciales

• **NO se escribirán reabastecimientos antes de la fecha de reabastecimiento programada o fuera de las citas programadas.** No esperaré recibir recetas antes de la hora de mi próximo resurtido programado, incluso si se acaban mis recetas. Solo en caso de viaje: Los arreglos se pueden hacer en persona con mi médico, antes de la fecha de salida planificada, en mi horario programado. cita. Soy consciente de que **NO se llamarán** medicamentos controlados.

_____ Iniciales

• Los reabastecimientos se dan **SÓLO** en citas programadas. **No llamaré fuera del horario de atención ni los fines de semana.**

_____ Iniciales

• Si las autoridades legales responsables tienen preguntas sobre su tratamiento, como podría ocurrir, por ejemplo, si estuviera obtener medicamentos en varias farmacias, se renuncia a toda confidencialidad, y estas autoridades pueden tener acceso completo a nuestros registros de administración de sustancias controladas.

_____ Iniciales

• Si a mi médico le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida de la medicamento (s), entonces **mi médico puede probar medicamentos alternativos o puede reducirme todos los medicamentos.** No haré responsabilizar a mi médico por los problemas causados por la interrupción de los medicamentos.

_____ Iniciales

• **Acepto someterme a análisis de orina y / o sangre** para detectar el uso de medicamentos recetados y no recetados en cualquier tiempo, y sin previo aviso, por mi cuenta, independientemente del seguro que tenga. Si doy positivo por sustancia (s) ilegal (es), como marihuana, speed, cocaína, etc., se terminará el tratamiento y es posible que me den de alta. Una consulta puede ser necesaria la remisión a un experto para una evaluación psiquiátrica o psicológica realizada por un médico calificado, como un especialista en adicciónología, o médico que se especializa en desintoxicación y rehabilitación, y / o conductual cognitiva terapia / psicoterapia.

_____ Iniciales

• Otras personas con dependencia química pueden solicitar recetas y frascos de medicamentos y deben estrechamente salvaguardado. Soy consciente de que se espera que tenga el mayor cuidado posible con mi (s) medicamento (s) y prescripción (es) y sepa que **NO SERÁN REEMPLAZADOS.** _____ **Iniciales**

• Dado que las drogas pueden ser peligrosas o letales para una persona que no tolera sus efectos, especialmente un niño, los medicamentos / recetas no se dejarán donde otros puedan ver o tener acceso. _____ **Iniciales**

• El médico que prescribe tiene permiso para discutir todas las condiciones médicas y de diagnóstico, y cualquier efecto adverso que usted experiencia de cualquiera de los medicamentos que toma con farmacéuticos dispensadores u otros profesionales que brindan su atención médica con el fin de mantener la responsabilidad. _____ **Iniciales**

• Los envases originales de los medicamentos deben llevarse a cada visita al consultorio. _____ **Iniciales**

• **Actualmente no estoy usando drogas ilegales o abusando de medicamentos recetados** y no estoy recibiendo tratamiento por dependencia de sustancias (adicción) o abuso. Estoy leyendo y haciendo este acuerdo mientras estoy en pleno poder de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda afectar mi juicio. _____ **Iniciales**

• Nunca he **estado involucrado** en la venta, posesión ilegal, uso indebido / desvío o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios, estimulantes o analgésicos) o sustancias ilegales en el estado de Texas (marihuana, cocaína, heroína, etc.) _____ **Iniciales**

• **Soy consciente de que el incumplimiento de las pautas antes mencionadas puede dar lugar a la terminación de la atención, independientemente de cobertura de seguro, participación de terceros (3^a) u órgano de gobierno.**

_____ **Iniciales**

• Soy consciente de que este documento reemplaza a cualquier otro.

_____ **Iniciales**

No se ha garantizado ni asegurado los resultados que puedan obtenerse del tratamiento. Con pleno conocimiento de los beneficios potenciales y los posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento, esperando oportunidad para una vida más productiva y activa.

Farmacia designada por el paciente:

La farmacia que he seleccionado para usar es:

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____ **FAX:** _____

DIRECCION: _____

(SE REQUIERE UNA DIRECCIÓN EXACTA; LAS CALLES CRUZADAS NO SON VÁLIDAS)

_____ **Iniciales**

Afirmo que tengo pleno derecho y poder para firmar y estar obligado por este acuerdo. He leído, comprender y aceptar todos sus términos.

Nombre completo del paciente (IMPRESO) **Fecha**

Firma del paciente **Fecha**

Firma de testigo **Fecha**

Firma del médico **Fecha**