



1500007

PLACE LABEL HERE. IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

ACUERDO SOBRE EL MANEJO DE SUBSTANCIAS Y MEDICAMENTOS CONTROLADOS PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO AMBULATORIO

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
Name Apellido (Last) Primer Nombre (First) Segundo Nombre (Middle)

Clinica: \_\_\_\_\_
Clinic

Proveedor: \_\_\_\_\_
Provider Nombre con letra de molde (Print Name) Residente Becario NP N/A Resident Fellow

Médico que lo atiende: \_\_\_\_\_
Attending Nombre con letra de molde (Print Name)

Este es un acuerdo entre mi proveedor (arriba mencionado) y yo, con respecto a las condiciones de prescripción y uso de medicamentos para el tratamiento de mi problema de dolor crónico y/o el control de síntomas asociados con la enfermedad. Esto también documenta mi consentimiento informado para el tratamiento.

This is an agreement between me and my provider, listed above, concerning the conditions of prescription and use of medication for treatment of my chronic pain problem and/or control of illness-associated symptoms. This also documents my informed consent to treatment.

Me han recetado \_\_\_\_\_ (medicamento) para tratar \_\_\_\_\_
I am being prescribed (medication) to treat

Los beneficios de tomar el(los) medicamento(s) [de aquí en adelante mencionado(s) como "medicamento"] incluyen el manejo a largo plazo de mi dolor y/o síntomas relacionados con la enfermedad. Entiendo que pudiera ser que mi dolor o los síntomas no desaparezcan completamente, pero que puedan ser controlados de tal manera que yo pueda llegar a ser más funcional y mejorar mi calidad de vida.

The benefits to taking the medication(s) [hereafter referred to as "medication"] include long-term management of my pain and/or illness-related symptoms. I understand that my pain or symptoms may not be completely eliminated, but can be controlled such that I may become more functional and improve my quality of life.

Entiendo que los riesgos al utilizar el medicamento incluyen:

I understand the risks of using the medication include:

- 1. Posibles efectos secundarios con el medicamento descrito en la literatura que contiene la información para el paciente proporcionada por mi farmacia cuando recojo mi receta.
2. Somnolencia, sedación/sueño o mareo. Si tengo estos síntomas no debo de conducir u operar maquinaria pesada.
3. Dependencia física o adicción al medicamento. Sin embargo, entiendo que los posibles beneficios al tomar este medicamento pueden superar este riesgo.
a. El dejar de tomar o reducir la dosis pudiera resultar en tener síntomas de síndrome de abstinencia, incluyendo sentirme como si tuviera gripe, náusea, vómito, diarrea, dolores, sudor o escalofríos en un lapso de 24-48 horas después de haber tomado la última dosis.

- b. Uso prolongado del medicamento puede resultar en una adicción física o psicológica demostrada por su uso para cambiar el estado de ánimo y/o la incapacidad para controlar su uso. La remisión a un programa de tratamiento puede necesitarse para tratar la adicción.

*Prolonged use of the medication may result in physical and psychological addiction, demonstrated by using it to change mood and/or inability to control use of it. Referral to a drug treatment program may be required to treat addiction.*

4. Riesgo de una sobredosis que pueda causar que deje de respirar. Debo de usar un brazalete o collar de alerta médica para informar al personal médico de emergencia que estoy tomando este medicamento.

*Risk of overdose which can cause me to stop breathing. I should wear a medical alert bracelet or necklace to inform emergency medical personnel that I am taking this medication.*

5. Riesgo para un bebé no nacido de una madre que está tomando ciertos medicamentos. El bebé puede nacer con dependencia física que puede amenazar su vida. Le avisaré inmediatamente a mi proveedor si estoy embarazada o lo voy a estar.

*Risk to an unborn child exposed to a mother taking certain medications. The child may be born physically dependent which can be life-threatening. I will immediately notify my provider if I am or become pregnant.*

Al firmar este acuerdo estoy de acuerdo con lo siguiente:

*By signing this agreement I agree to the following:*

1. Asistiré a las consultas programadas con mi proveedor así como a otras consultas que él determine para el manejo de mi condición.

*I will attend my scheduled visits with my provider and other visits as determined by my provider for management of my condition.*

2. Informaré a mi proveedor acerca de cualquier y todos los efectos secundarios que padezca por el uso de este medicamento. Le avisaré a mi proveedor si me embarazo o tengo planes para hacerlo.

*I will inform my provider of any and all side effects I experience from use of this medication. I will also notify my provider if I become or plan to become pregnant.*

3. Tomaré mi medicamento de acuerdo a la dosis y frecuencia con que se me recetó. Entiendo que si se me acaba el medicamento antes de la fecha de vencimiento para otra receta no podré hacerlo antes.

*I will take my medication dosage and frequency as prescribed. I understand that if I run out of medication before the due date for another prescription I may not get it early.*

4. No prestaré, compartiré o venderé mi medicamento a nadie más.

*I will not lend, share, or sell my medication with anyone else.*

5. Guardaré mi medicamento en un lugar seguro. Medicamentos perdidos, robados o dañados se sustituirán a la discreción de mi proveedor. Se requiere una copia del reporte de la policía para medicamentos perdidos o robados.

*I will keep my medication in a secure place. Lost, stolen or damaged medication will only be replaced at the discretion of my provider. A copy of the police report is required for lost or stolen medication.*

6. Antes de que otro proveedor me proporcione o prescriba cualquier medicamento, le avisaré a ese proveedor que tengo un Acuerdo para Medicamentos de Sustancias Controladas (CSMA por sus siglas en inglés). En caso de que surja una emergencia y se me proporcione una receta para otra sustancia controlada, le notificaré a mi proveedor de CSA al siguiente día laboral.

*Before another provider gives or prescribes any medication for me, I will notify that provider that I have a current Controlled Substance and Medication Agreement (CSMA). If I am given a prescription for another controlled substance for an emergent condition I will notify my CSA provider by the next business day.*

7. Surtiré mi medicamento en una (1) farmacia solamente. Mi farmacia es: \_\_\_\_\_.  
Si necesito cambiar de farmacia, le avisaré a mi proveedor y/o a la enfermera clínica y solicitaré que se enmiende este acuerdo.

*I will use one (1) pharmacy to obtain my medication. My pharmacy is \_\_\_\_\_. If I need to change my pharmacy I will notify my provider and/or clinic nurse and ask that this agreement be amended.*

8. Conseguiré la receta para mi medicamento con mi proveedor durante mis citas acostumbradas. Cuando él autorice expresamente la renovación de mi receta por teléfono, me comunicaré con su oficina con no más de cuatro (4) días del calendario antes de que se venza la fecha designada, Si voy a salir de viaje o tengo otros compromisos

que requieran un cambio en lo programado para mi receta, avisaré a mi proveedor anticipadamente acerca de la circunstancias que requieran este cambio. Estoy consciente de que la renovación de recetas para sustancias controladas no pueden ser hechas durante la noche, fines de semana o días festivos.

*I will obtain my prescription for the medication during regular appointments with my provider. When my provider expressly authorizes a prescription renewal request by telephone, I will call my provider's office no more than four (4) calendar days before the designated renewal date. If I have travel or other commitments that require a change in my prescription schedule, I will give my provider reasonable notice of the circumstances requiring the change. I understand prescription renewals for controlled substances cannot be given at night, on weekends or holidays.*

9. Yo soy la única persona que puede recoger y firmar por mi receta por escrito, al menos que haya hecho otros arreglos aprobados por mi proveedor. DEBO presentar una identificación válida con fotografía a la hora de recoger mi medicamento. Si no lo puedo recoger en persona, puedo designar a otro individuo para que lo haga por mí. Me encargaré de arreglar esto firmando un documento en donde designe a un representante quien deberá mostrar una identificación válida cuando recoja mi medicamento. Si éste se me envía por correo, acepto la responsabilidad de recibirlo.

*I am the only one who will pick up and sign for my written prescription, unless I have made other arrangements, approved by my provider. I MUST present a valid picture ID at the time of pick up. If I am unable to pick up my prescription, I may designate another individual to pick it up for me. I will pre-arrange this by signing a document designating my representative who must show a valid ID when picking up my prescription. If my prescription is mailed to me, I accept responsibility for receiving it.*

10. Estoy de acuerdo en someterme a exámenes de detección de orina/niveles séricos dos veces al año como lo solicite mi proveedor y/o el coordinador de atención médica.

*I agree to submit to urine/serum medication levels screening two times per year and as requested by my provider and/or the care coordinator.*

11. Estoy consciente de que mi proveedor o su(s) representante(s) puede tener acceso a la información del Programa de Monitoreo de Recetas del Edo. de Virginia antes de la iniciación y en cualquier momento mientras esté bajo contrato.

*I am aware that my provider or his/her representative(s) is able to access information from the Virginia Prescription monitoring program prior to initiation and at any time while I am on a contract.*

12. Estoy de acuerdo en llevar conmigo mi medicamento al consultorio de mi proveedor en cualquier momento que lo solicite mi médico.

*I agree to bring the medication to my provider's office for a pill count at any time that my physician requests.*

13. No tomaré bebidas alcohólicas o cualquier sedante o drogas que alteren el estado de ánimo que no sean prescritas o expresamente aprobadas por mi proveedor.

*I will not drink alcohol or take any sedatives or mood-altering drugs not prescribed or expressly approved by my provider.*

## Términos Adicionales

### *Additional Terms*

Este acuerdo se dará por terminado si mi condición médica declina a tal punto que, a juicio de mi proveedor, continuar la terapia con este medicamento ya no es razonable o si hay evidencia de que ya no estoy recibiendo beneficios terapéuticos del medicamento.

*This agreement will be terminated if my medical condition declines to the point which, in the judgment of my provider, continued therapy with this medication is not reasonable or if there is evidence that I am no longer receiving any therapeutic benefit from the medication.*

Si mi proveedor determina que ya no debo continuar el medicamento será disminuido gradualmente. Entiendo que me pueden remitir a un programa de desintoxicación si fuera necesario.

*If my provider determines that I am no longer to continue this medication it may be tapered. I understand that I may be referred to a detoxification program if necessary.*

Entiendo que este acuerdo puede ser cancelado y que todas las recetas controladas pueden ser descontinuadas si violo cualquier ley o regulación federal o estatal relacionada con la manufactura, distribución, dispersión o administración de medicamentos, o si de otra manera no cumplo con mis responsabilidades establecidas anteriormente, incluyendo mi negativa a someterme a exámenes de detección de orina/niveles séricos solicitados por mi proveedor.

*I understand that this agreement can be canceled and all controlled prescriptions discontinued if I violate any Federal or State law or regulation relating to the manufacture, distribution, dispersing, possession or administration of drugs, or if I otherwise fail to comply with any of my responsibilities set forth above, including my refusal to submit a urine/serum medication level screening requested by my provider.*

La finalización de la relación paciente-proveedor pondrá fin a este acuerdo.

*A termination of my provider-patient relationship will end this agreement.*

Si junto con mi proveedor determinamos que el medicamento arriba mencionado ya no es eficaz y si se me receta otro medicamento, este acuerdo será enmendado y los términos continuarán siendo vigentes.

*If my provider and I together determine that the above named medication is not or no longer effective and I am prescribed a different medication, this agreement will be amended and the terms will continue to apply.*

He leído lo anterior, he hecho preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a dichas preguntas. Entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.

*I have read the above, asked any questions I may have and received satisfactory answers to those questions. I understand and agree to these terms.*

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Patient Signature*

*Date*

Firma del Proveedor/PIC \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

*Provider Signature/PIC*

*Date*

*Time*