

## Acuerdo para el Manejo del Dolor con Opioides (Narcóticos)

Este documento necesita ser renovado en un (1) año a partir de la fecha del mismo.

Yo, Tootsie Test, acepto utilizar los medicamentos recetados, para el dolor, como parte de mi tratamiento para el dolor crónico. Entiendo que es posible que estos medicamentos no eliminen mi dolor, pero que sí están diseñados para disminuir el dolor y aumentar el nivel de actividad que puedo realizar cada día. En caso de que no experimente mejoría, estos medicamentos pueden ser descontinuados. Los riesgos pueden incluir adicción física. Los beneficios del tratamiento para el dolor utilizando medicamentos controlados para el dolor me han sido explicados.

**Mi Proveedor Designado de Westside:** Sample Provider, MD

**Mi Farmacia--Nombre/Locación:**

**Numero de Teléfono de la Farmacia:**

Entiendo que **mi proveedor designado de Westside** será el único proveedor médico que ordenará los medicamentos para mi dolor crónico.

### Entiendo que tengo las siguientes responsabilidades:

- Tomaré los medicamentos solo en la cantidad y frecuencia recetados.
- No aumentaré o cambiaré el modo de tomar mis medicamentos sin el consentimiento previo de mi médico.
- No solicitaré un abastecimiento o surtido antes de lo acordado. Haré arreglos para un reabastecimiento SOLAMENTE durante horas de oficinas.
- Haré los arreglos necesarios antes de los días feriados y los fines de semana.
- Mantendré mis citas programadas y/o cancelaré mi cita con un mínimo de 24 horas por anticipado.
- Obtendré los medicamentos para el dolor solamente de la farmacia anteriormente listada. Le comunicaré a mi médico de algún cambio de farmacia.
- Permitiré, a mi médico designado, proveer una copia de este acuerdo a mi farmacia.
- Permitiré, a mi médico designado, discutir todas mis condiciones médicas y los detalles de mi tratamiento con farmacéuticos y médicos, o cualquier otro proveedor de salud a cargo del cuidado de mi salud, con el propósito de la coordinar mi tratamiento.
- No solicitaré medicamentos para el dolor o substancias controladas a ningún otro proveedor, y le haré conocer a mi proveedor designado todos los medicamentos que tomo.
- Informaré a mi proveedor designado acerca de cualquier medicamento o condición médica nueva.
- Informaré al proveedor del cuidado de mi salud que estoy tomando estos medicamentos y que he firmado un acuerdo de manejo para el dolor. Entiendo que otros proveedores no deben de cambiar las dosis de mis medicamentos para el dolor o recetar nuevos medicamentos para el dolor.
- En caso de emergencia, le proveeré esta misma información a los proveedores de los departamentos de emergencia.
- No cambiaré mi receta en ninguna manera.
- Protegeré mis recetas médicas y los medicamentos. Entiendo que recetas médicas pérdidas o traspapeladas no serán reemplazadas.
- Mantendré todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.
- Conservaré los medicamentos solo para mi uso personal y no los venderé o compartiré con otros. (En caso de que mi proveedor sospeche de mi abuso o venta de mis medicamentos, este acuerdo será cancelado.)
- No haré uso de drogas ilegales o compradas en la calle, o de medicamentos recetados que no sean recetados a mi persona.
- Consentiré a pruebas al azar para la detección de drogas. (Una prueba de detección de drogas es una prueba de laboratorio en la cual una muestra de orina o sangre es examinada para determinar que drogas, si alguna, han sido ingeridas.)
- Si una prueba de sangre es requerida para confirmar los resultados de la muestra de orina, yo seré responsable del costo de este examen.
- Participaré activamente en cualquier programa diseñado para mejorar mi funcionamiento (incluyendo social, físico, psicológico y de actividades diarias o laborales). De ser necesario, estaré dispuesto a participar en evaluaciones psiquiátricas o psicológicas.

### Acuerdo:

- He recibido una copia de los "Riesgos y Beneficios de los Medicamentos Opioticos para el Tratamiento del Dolor Cronico."
- Entiendo que mi proveedor no tiene la obligacion de proveerme estos medicamentos y que se reserva el derecho de discontinuarnos en cualquier momento.
- Entiendo que mi proveedor puede descontinuar estas sustancias controladas:
  - si en alguna manera, quebrando este acuerdo,
  - si no muestro alguna mejoría del dolor por los opioides o si mi actividad física no ha mejorado, o
  - si un problema de adicción es identificado como resultado del tratamiento recetado o por alguna otra sustancia adictiva.
- Comprendo este acuerdo y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.
- Consiento al uso de opioides para asistir en el control de mi dolor, y entiendo que mi tratamiento con opioides se llevará a cabo de la manera describa anteriormente.

## Acuerdo para el Manejo de Dolor con Opioides (Narcoticos)

### Firmas:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: Tootsie Test



Firma del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: Sample Provider, MD

# Riesgos y Beneficios de Medicamentos Opióticos para el Tratamiento del Dolor Crónico

## Efectos secundarios de los medicamentos opióticos

- Confusión o algún otro cambio en las habilidades pensantes
- Náusea
- Estreñimiento
- Vómitos
- Problemas con la coordinación o balance que puedan causar dificultad o riesgo en el manejo de equipos peligrosos o de vehículos de motor
- Somnolencia o letargo
- Respiración demasiado lenta ? una sobredosis puede detener su respiración o provocar la muerte
- Gravedad de depresión
- Sequedad de la boca

Estos efectos secundarios pueden agravarse si mezcla opioides con otras drogas, incluyendo alcohol.

## Riesgos

- Dependencia Física: Esto significa que la suspensión abrupta de la droga puede provocar síntomas de abstinencia caracterizados por uno o más de los siguientes:
  - Nariz acuosa
  - Calambres abdominales
  - Ritmo cardíaco acelerado
  - Diarrea
  - Sudor
  - Nerviosismo
  - Problemas para dormir, durante varios días
  - Piel de gallina
- Dependencia Fisiológica: Esto significa que es posible que al suspender la droga su cuerpo pueda pedirla o deseirla.
- Tolerancia: Esto significa que usted pueda necesitar más para continuar teniendo el mismo efecto.
- Adicción: Un pequeño por ciento de los pacientes puede desarrollar un problema de adicción basado en factores genéticos u otros.
- Problemas con el embarazo: Si está embarazada o planifica estarlo, consulte con su proveedor.

## Riesgos de seguridad al trabajar bajo la influencia de opioides

Debe de tener conocimiento de los efectos secundarios de los opioides tales como la retardación en el tiempo de reacción, inhabilidad de establecer juicio correctamente, somnolencia y tolerancia. Además, debe de conocer la posibilidad del peligro relacionado con el uso de los opioides durante el manejo de equipo pesado o al manejar vehículos de motor.

## Beneficios potenciales de los opióticos en el tratamiento de dolor crónico

- Reducción en la frecuencia del dolor
- Reducción en la intensidad del dolor
- Aumento en su nivel de actividad

## Recomendaciones en el manejo de sus medicamentos

- Mantenga un diario de los medicamentos para el dolor que está tomando, la dosis del medicamento, hora del día en que la está tomando, su efectividad y efectos secundarios que pueda estar experimentando.
- Utilice una caja de medicamentos, que pueda comprar en su farmacia, que esté dividida en los días de la semana y las horas del día, para facilitarle recordar cuando debe de tomar sus medicamentos.
- Cuando salga de su casa, lleve con usted solo la cantidad de medicamento necesario en caso de que las pierda, no las pierda todas al mismo tiempo.