

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute
6276 S. Rainbow Blvd Ste. 100
Las Vegas, NV 89118
Teléfono: (702)220-5557
Fax: (702)220-5565
1 | Page

ACUERDO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Acuerdo para el tratamiento del dolor entre _____ (paciente)
Y Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute.

El propósito de este acuerdo es prevenir malentendidos acerca de ciertas medicinas que el paciente estará tomando para su tratamiento del dolor. Esto es para ayudar a ambos, el paciente y el doctor a cumplir con la ley de medicamentos controlados.

He sido informado y entiendo la política sobre el uso de sustancias controladas que es aplicada por el personal de la oficina Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute. Entiendo que mientras este activamente participando en este programa me proveerán con sustancias controladas solo si me adhiero a las siguientes condiciones:
(Por favor ponga sus iniciales en cada declaración reconociendo que ha leído y esta de acuerdo con cada una de las condiciones).

_____ Entiendo que mi doctor y yo trabajaremos juntos para encontrar el tratamiento mas apropiado para mi dolor crónico. Entiendo que el objetivo del tratamiento no es eliminar completamente el dolor, pero controlarlo a fin de mejorar mi capacidad de funcionar. La terapia crónica con opioids es solo UNA parte del plan general para tratar el dolor.

_____ Entiendo que mi médico y yo evaluaremos continuamente el efecto de opioids para alcanzar los objetivos del tratamiento y haremos cambios como sea necesario. Estoy de acuerdo en tomar la medicina con la DOSIS y FRECUENCIA prescrita por mi médico. Estoy de acuerdo con no incrementar la dosis de opioids a cuenta propia y entiendo que si lo hago puede conducir a la interrupción de la terapia con opioids.

_____ Asistiré a todas las citas, tratamientos y consultas requeridas por mi médico, y seguiré todas las recomendaciones para el tratamiento de mi dolor.

_____ Le informaré a mi médico el nivel y descripción de mi dolor, el efecto del dolor en mi vida diaria y que tan bien la medicina me ayudando a aliviarlo.

_____ Reconozco que le dolor crónico representa un problema complejo, el cual se puede beneficiarse de terapia física, psicoterapia, medicina del comportamiento, y otras estrategias para controlar el dolor. Estoy de acuerdo en cooperar y participar activamente en todos los aspectos del programa para tratar mi dolor con el objetivo de aumentar mi funcionamiento y mejorar mi condición.

ACUERDO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

_____ Si hay un tratamiento disponible para mi condición, estoy de acuerdo y no me reusare al tratamiento con el objetivo de continuar con los opioids. Entiendo que tengo derecho a negarme a cualquier procedimiento, pero eso no quiere decir que mi médico tiene que continuar recetándome narcóticos o medicamentos opioids.

_____ Los riesgos y beneficios de tomar medicamentos opioids se me han explicados y los entiendo. Los opioids pueden nublar el juicio y afectar los reflejos y las habilidades motoras. El paciente no participará en actividades que pudiera poner en peligro a sí mismo o a otros, mientras use estos medicamentos.

_____ Estoy de acuerdo en no usar ninguna sustancia controlada, incluyendo cocaína, heroína, etc. Estoy de acuerdo en no usar ningún medicamento recetado obtenido ilegalmente, u obtenerlos de amigos o familiares.

_____ Estoy de acuerdo en no abusar del alcohol. Si mi médico lo sugiere, no ingeriré ninguna bebida alcohólica.

_____ Estoy de acuerdo en no compartir, vender o cambiar mi medicamento con nadie.

_____ Estoy de acuerdo en proteger mi medicinar para el dolor para prevenir pérdida o robo. Medicina perdida o robada no se reemplazara. Yo reportaré a mi doctor y a la policía cualquier medicamento robado y obtendré un reporte policial de dicho evento.

_____ Estoy de acuerdo en no intentar obtener ninguna medicina opioid de otro doctor sin informarle primero a mi doctor.

_____ Estoy de acuerdo en que mis recetas para las medicinas para el dolor se me darán solo en el momento de mi visita médica. Rellenos rutinarios de medicamentos no estarán disponibles en las tardes después de las 4:00pm, en los fines de semanas, días feriados, o a través de la sala de emergencias. Los medicamentos no serán rellenos sin su consulta mensual en la clínica del dolor.

_____ Soy responsable de estar pendiente de la cantidad de medicamentos restante y planear con anticipación hacer una cita para el relleno de mis medicamentos antes de que estos se terminen.

_____ Estoy de acuerdo en traer toda medicina para el dolor sin usar, si es solicitado.

ACUERDO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

_____ Proveeré orina para el examen de la droga si mi médico lo requiere para determinar mi cumplimiento con el programa de control del dolor.

_____ Yo autorizo al doctor Mouchir Harb a cooperar completamente con cualquier entidad oficial, incluyendo la Junta Estatal de Farmacia, en la investigación de cualquier posible mal uso, venta, o desviación de mi medicina para el dolor.

_____ Aceptaré marcas genéricas de mis recetas médicas.

_____ Entiendo que podría volverme tolerante, adicto o tener complicaciones producto de los medicamentos opioides. Si esto ocurre, el medicamento puede ser cambiado o reducido gradualmente y otros métodos para el control del dolor pueden ser utilizados. Si es necesario, permitiré que me remitan a un especialista en adicción.

_____ Si el médico considera que las sustancias controladas no le dan beneficio demostrable a mi funcionamiento diario o a mi calidad de vida, estoy de acuerdo con disminuir gradualmente mi medicamento hasta eliminarlo según como mi médico lo sugiera.

_____ Entiendo que si violo cualquiera de las condiciones de arriba, mi doctor puede parar de recetarme opioides. Descontinuación de los medicamentos será coordinado por el médico y puede que requiera remisión a especialistas.

_____ Entiendo que si abuso física o verbalmente de un miembro del personal, o si me involucro en alguna actividad delictiva como alterar una receta médica, el incidente podrá ser reportado a otros doctores, oficinas medicas locales, farmacias y otras autoridades como el departamento local policial, la agencia de imposición de medicina, etc. como sea juzgado apropiado por la institución.

_____ Entiendo que parar repentinamente de tomar algunas medicinas para el dolor puede causar problemas tales como:

- Síntomas de abstinencia
- Ataque cardiaco
- Accidente cerebrovascular
- Ataque de epilepsia
- Daño permanente
- Discapacidad o muerte

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute
6276 S. Rainbow Blvd Ste. 100
Las Vegas, NV 89118
Teléfono: (702)220-5557
Fax: (702)220-5565
4 | Page

ACUERDO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Todas mis preguntas y preocupaciones acerca del tratamiento han sido evacuadas adecuadamente. Una copia de este documento me ha sido entregada, si es solicitada.

Al firmar, estoy indicando que entiendo y estoy de acuerdo con todos los términos de este acuerdo. Si lo solicito se me entregará una copia para mis archivos.

Firma del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Doctor Mouchir Harb _____

Fecha _____