

Acuerdo de medicamentos para el dolor

Revisar cuidadosamente cada declaración inicial y después de revisar.

Entiendo y voluntariamente de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

Voy a todas las citas programadas con mi Doctor _____

Voy a guardar mi medicina donde es seguro contra el robo y fuera del alcance de los niños. Medicamentos robados o perdidos no serán reemplazados hasta mi próxima cita y no podrá ser sustituido absolutamente _____

Voy a tomar mi medicina según las instrucciones y no cambiar la forma en que lo tomo sin antes consultar con mi Doctor _____

No voy a llamar entre las citas o por la noche o los fines de semana para solicitar recambios. Yo entiendo que mi prescripción solamente se llenará durante las visitas programadas con mi Doctor y no se llenará principios bajo ninguna circunstancia. _____

Voy a asegurarme de que tengo una cita para rellenar. Si estoy teniendo problemas para hacer una cita que se comunicará con el Departamento de Atención al Paciente al 909-883-8611, Ext 2503. _____

Voy a tratar al personal médico y de oficina con respeto en todo momento. Yo entiendo que si mi comportamiento es una amenaza, una falta de respeto y perturbador existe la posibilidad de que voy a ser expulsado del grupo médico _____

Yo entiendo que si vendo o comparto con otros mi medicina se detendrá mi tratamiento _____

Voy a firmar un formulario de autorización para que mi Doctor hable con cualquier otro profesional médico involucrado en mi cuidado _____

Voy a informar a mi Doctor de todos los otros medicamentos que estoy tomando y informaré a mi Doctor dentro de 72 horas si recibo cualquier prescripción de nuevos medicamentos de otro médico _____

Voy a utilizar sólo una farmacia para todos mis medicamentos. El nombre y número de teléfono de esa farmacia

Nombre de Farmacia

Número de teléfono

No voy a entrar ningún analgésico opioide / narcóticos u otros medicamentos que pueden ser adictivos sin decir a mi médico antes de llenar esas recetas. La única excepción a esto sería si necesitaba medicamentos para el dolor para una emergencia por la noche o los fines de semana. Voy a notificar a mi Doctor de la emergencia en el próximo negocio _____

No voy a usar drogas ilegales como la heroína, cocaína, marihuana y anfetaminas. Entiendo que si hago mi tratamiento puede ser detenido _____

Entraré para las pruebas de drogas al azar dentro de las 24 horas de haber sido llamado y entender que la detección de drogas se requerirá al menos cada 90 días para asegurarse de que estoy tomando únicamente los medicamentos prescritos para mí _____

Entiendo que soy responsable de asegurarse de que la oficina tiene información de contacto actual con el fin de llegar a mí, y que cualquier prueba de drogas será considerado positivo para otros fármacos _____

Voy a estar al día con todas mis responsabilidades financieras con la oficina y le diré al médico inmediatamente si pierdo mi seguridad y ya no puedo pagar el tratamiento _____

Entiendo que San Bernardino Médico Grupo comprobará la base de datos electrónica de medicamentos recetados para ver si estoy siendo recetaron otros medicamentos por otros médicos _____

Yo entiendo que puedo perder mi derecho a tratamiento con San Bernardino Médico Grupo si rompo alguna parte de este acuerdo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha de la firma del contrato