

**CHRONIC PAIN PROVIDER-PATIENT AGREEMENT (SPANISH)
INFORMED CONSENT FOR OPIOID PAIN MEDICATION**

Acuerdo entre el Proveedor Médico y el Paciente y Consentimiento para el Uso de los Analgésicos Opiáceos

Este es un acuerdo entre _____ (el paciente) y _____ (el proveedor médico) en relación al uso de los analgésicos opiáceos para el tratamiento del dolor crónico.

1. Entiendo que los analgésicos opiáceos se utilizan como una fase del programa para tratar el dolor crónico y que hay riesgos y efectos secundarios al usarlos. Se me ha informado sobre los riesgos y he conversado con mi proveedor médico acerca de ellos.
2. Entiendo que probablemente el medicamento no eliminará mi dolor, pero será usado para reducir mi dolor suficientemente para que pueda ser mas activo. La mayor parte de los pacientes obtienen una disminución alrededor de 30% en su dolor.
3. El dolor crónico es un problema difícil que requiere un tratamiento coordinado. Debo acudir a todas las citas (fisioterapia, especialistas, grupos de tratamiento del dolor y consejeros) que mi proveedor médico recomienda en el curso de mi tratamiento de otra manera mi medicamento podría ser descontinuada.
4. Entiendo que este tratamiento utilizando los analgésicos opiáceos se esta estableciendo en base de prueba. Recibiré mas medicamentos según los beneficios o los problemas que resultan.
5. En particular, entiendo que los analgésicos opiáceos pueden causar una dependencia física. Si de repente dejo de tomarlos o me decido disminuir la dosis del medicamento, podría sufrir síntomas de abstinencia (mareos, vómito, diarrea, malestar, sudores, escalofríos) 24 a 48 horas después de tomar la última dosis. Entiendo que esta condición puede ser incomoda pero no amenaza la vida.
6. Una sobredosis de este medicamento puede causar la muerte al parar la respiración; posiblemente esto puede ser revertido por personal médico de emergencia si saben que he tomado analgésicos opiáceos .
7. Si este medicamento causa somnolencia, sedación o mareos, entiendo que si mi trabajo me obliga a conducir vehículos o a operar maquinaria, no debo hacerlo si esto podría poner en peligro mi vida o la vida de otras personas.
8. Entiendo que yo soy responsable de informar al proveedor de cualquier efecto secundario que provoca este medicamento.
9. Acepto tomar este medicamento según lo prescrito y no diagnosticarme, o exigir que mi proveedor médico cambie la cantidad o frecuencia del medicamento sin una razón médica. El hecho de acabar el medicamento o de necesitar renovar la receta antes de tiempo, o el aumento de la dosis o de la frecuencia de la dosis pueden ser prueba del uso indebido del medicamento y podrían ser razones por lo cual el proveedor médico anule mi prescripción.
10. Pedir analgésicos opiáceos a otros proveedores médicos puede ser razón por lo cual mi proveedor médico anule mi receta.
11. Acepto no vender, prestar, o regalar este medicamento a cualquier otra persona. Si se descubre que estoy escondiendo el medicamento en la boca en vez de tragarlo mi receta será anulada. Si se sospecha que estoy acumulando el medicamento, los oficiales de custodia podrían ser notificados y esto podría resultar en un registro de mi celda.
12. Acepto no tomar alcohol u otro medicamento no recetado que afecte la conducta mientras esté tomando los analgésicos opiáceos.
13. De vez en cuando mi proveedor médico podrá solicitar exámenes toxicológicos de orines o de sangre para verificar mi uso de los analgésicos y para detectar el uso indebido de medicamentos no recetados. Acepto someterme a estos exámenes y entiendo que si los rehúso mi proveedor médico tendrá que anular mi receta. Si los resultados de los exámenes muestren que mi uso de los analgésicos opiáceos u otros medicamentos representa un riesgo a mi salud o a la salud de otros, mi proveedor médico podrá disminuir la dosis hasta discontinuar el medicamento. Si los resultados indican un peligro para mi o para otros, autorizo a mi proveedor médico a notificar a los oficiales de custodia. _____ (iniciales del paciente)
14. Entiendo que hay riesgos de adicción con el uso de los analgésicos opiáceos. Esto significa que pueda desarrollar una dependencia psicológica, usándolos para cambiar mi estado de ánimo, para estimularme y que sea incapaz de controlar mi uso de los medicamentos. Los individuos con antecedentes de abuso de alcohol o de drogas son más susceptibles a la adicción. Si esto ocurre el medicamento será discontinuado.

He leído lo anterior, he hecho preguntas, y entiendo el acuerdo. Si no cumplo con el acuerdo, reconozco que el médico podrá discontinuar esta forma de tratamiento.

Firma del Paciente: _____

Firma del Proveedor Médico: _____

Fecha: _____

CDCR Stamp:
CDCR #:
Patient Name:
DOB: