



South Central Alabama Mental Health

Serving Butler, Coffee, Covington & Crenshaw Counties

Acuerdo de Responsabilidad del Cliente

PARA EL USO DE RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Los medicamentos de sustancias controladas pueden ser muy útiles en el tratamiento, pero tienen un alto potencial de abuso y, por lo tanto, están estrechamente controlados por los gobiernos locales, estatales y federales. Su objetivo es mejorar la calidad de vida y el funcionamiento en el día a día. Dado que mi psiquiatra me receta medicamentos de sustancias controladas como parte de mi plan de tratamiento, acepto las siguientes condiciones.

RESPONSABILIDAD DEL USUARIO:

- ▶ Soy responsable de los medicamentos de sustancias controladas que me recetaron. Si pierdo, extravío o me roban mi receta, o si se me acaba antes de tiempo, entiendo que **no será reemplazado**. Tendré que esperar hasta mi próxima fecha de reabastecimiento programada para obtener medicación adicional.
- ▶ Doy permiso a mi psiquiatra/CRNP para discutir todos los detalles de mi diagnóstico y tratamiento con otros médicos que me brindan atención médica y con mis farmacéuticos con el fin de coordinar la atención y mantener la responsabilidad.
- ▶ Notificaré al personal de SCAMHC (CRNP, enfermeros, terapeutas) si recibo sustancias controladas de cualquier otro proveedor (médico de atención primaria, dentista, etc.). No notificarnos que está tomando otras sustancias controladas se considerará una razón válida para no recetar sustancias controladas y resultará en una reducción gradual y la suspensión de su medicación. Se utilizará el Perfil de Monitoreo de Medicamentos Recetados del Estado de Alabama (PDMP) para garantizar el cumplimiento con los medicamentos recetados y para garantizar que no reciba recetas duplicadas ni otras sustancias controladas de otros proveedores de atención médica.
- ▶ Utilizaré solo una farmacia para mis recetas rutinarias de sustancias controladas y será:

Nombre de la farmacia: _____

Ubicación: _____

Teléfono: _____

- ▶ Asistiré a mis citas programadas.
- ▶ Tomaré mi medicamento según lo prescrito. NO aumente la dosis si siente que no le está ayudando. NO deje de tomarlo repentinamente. Esto podría causar complicaciones médicas graves o la muerte.
- ▶ Acepto someterme a pruebas de detección de drogas al azar en orina o bucales según se solicite para garantizar el cumplimiento con los medicamentos recetados y para detectar la presencia de otras drogas no recetadas o ilícitas. Si se le solicita que se presente a una prueba de detección de drogas y se niega, esto se considerará como una prueba de drogas positiva y se reducirá gradualmente su medicación.
- ▶ Cumpliré con el conteo aleatorio de pastillas según sea necesario, con un aviso de 24 horas. Llevaré todos mis medicamentos a mis citas médicas en su envase o frasco original. Se contarán los medicamentos y se verificará el número de reabastecimientos. El propósito del conteo de pastillas es monitorear el uso de los medicamentos. Cualquier discrepancia en el número de pastillas faltantes se considerará un incumplimiento de este contrato y, por lo tanto, podría resultar en una reducción gradual de la dosis.

- ▶ No cederé, compartiré ni venderé mis medicamentos a nadie. Esto es ilegal.
- ▶ Actualmente no tengo problemas con el abuso de sustancias (drogas y/o alcohol).
- ▶ Informaré a mi psiquiatra/CRNP tratante y/o consejero sobre cualquier historial previo de abuso de sustancias o interrupción previa de la atención en cualquier clínica de manejo del dolor o debido al abuso de sustancias.
- ▶ No estoy involucrado en el uso, venta, posesión, desvío o transporte de sustancias controladas obtenidas ilegalmente y/o drogas ilegales.
- ▶ Solo para mujeres: Soy consciente de que si tengo pensado quedarme embarazada o creo haberlo estado mientras tomo estos medicamentos, llamaré de inmediato a mi ginecólogo/a y al psiquiatra/CRNP para informarlos. Soy consciente de que podría haber efectos adversos para mi bebé.

RECETAS:

- ▶ No se recetarán medicamentos nuevos por teléfono.
- ▶ Los cambios en su receta solo se realizarán durante las visitas programadas al consultorio (esto incluye aumentos de dosis y cambios en la medicación).
- ▶ Las llamadas telefónicas relacionadas con sustancias controladas deben limitarse a los informes de efectos secundarios significativos, que resultarán en la disminución o interrupción de la medicación únicamente.
- ▶ La ley estatal solo permite que la mayoría de medicamentos se administren con una única receta durante un mes. No espere recibir medicamentos adicionales antes de la fecha programada para su próximo reabastecimiento.

REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

- ▶ **Se hará** sólo durante el horario regular de oficina de lunes a viernes, en persona durante una visita programada a la oficina.
- ▶ No se realizarán si “se me acabaron antes de tiempo”, si “pierdo la receta”, si se “me derramaron” o “se me extravió el medicamento” o si “me lo roban”. Soy responsable de tomar el medicamento en la dosis prescrita y de llevar un registro de la cantidad restante. También soy responsable de guardar los medicamentos en un lugar seguro para evitar su robo.
- ▶ No se tratará como una "emergencia", si por ejemplo el viernes por la tarde porque de repente me doy cuenta de que "se me acaban **mañana**".

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS:

Entiendo que los medicamentos a base de sustancias controladas tienen riesgos potenciales, siendo los más significativos:

1. Dependencia Física: la interrupción brusca del medicamento puede provocar un síndrome de abstinencia caracterizado por calambres abdominales, diarrea y ansiedad.
2. Dependencia Psicológica: o adicción, lo que significa que es posible que dejar de tomar la droga haga que la extrañe o la desee.
3. Uso Inadecuado o Sobredosis: de la sustancia puede provocar sedación, paro respiratorio, paro cardíaco y muerte.
4. Cambios Mentales: puede provocar confusión, cambios en la capacidad de pensamiento y problemas de coordinación y equilibrio.

Mientras tomo estos medicamentos, podría no ser seguro para mí conducir, operar maquinaria ni atender a otras personas. Si me siento sedado, confundido o afectado por estos medicamentos, no debo hacer nada que pueda poner en riesgo la salud de otras personas.

Otros efectos secundarios incluyen: náuseas, estreñimiento, somnolencia, disminución del apetito, problemas para orinar, dificultades sexuales y depresión.

Busque atención médica de inmediato si experimenta palpitaciones, mareos, aturdimiento o desmayos; o si experimenta problemas como respiración lenta o superficial, cansancio o somnolencia extremos, visión borrosa, incapacidad para pensar, hablar o caminar normalmente; y sensación de desmayo, mareo o confusión.

TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO CON SUSTANCIA CONTROLADA:

Si al psiquiatra/CRNP le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria con estos medicamentos, sospecha adicción, tolerancia rápida, pérdida de efecto o efectos secundarios significativos y perjudiciales, reduciré gradualmente mi medicación según lo prescrito por el psiquiatra/CRNP.

Si se sospecha que tengo un problema de adicción a las drogas, es posible que me deriven a otro proveedor de atención médica para el tratamiento de la adicción.

No responsabilizaré a ningún miembro de SCAMHC por los problemas causados por la interrupción del consumo de sustancias controladas, debido a las condiciones mencionadas anteriormente.

Entiendo que si incumplo cualquiera de las condiciones anteriores, mi tratamiento con sustancias controladas puede ser interrumpido. Si la infracción implica obtener o vender sustancias controladas a otra persona, o el consumo de drogas ilícitas (ilegales) sin receta, se informará de la situación a todos mis médicos y farmacéuticos. **Soy responsable** de cualquier síndrome de abstinencia que pueda ocurrir debido al uso indebido de las sustancias controladas o a la interrupción de mi tratamiento.

RECIBO DE ACEPTACIÓN:

He leído este documento, lo comprendo y he recibido respuesta satisfactoria a todas mis preguntas. Acepto cumplir íntegramente este contrato. Además, acepto plenamente las consecuencias de incumplir este acuerdo. Se me ha proporcionado una copia de este contrato para que yo lo cumpla.

Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Certifico que he explicado este contrato, incluidos los riesgos y beneficios, y he respondido todas las preguntas para el cliente que firma anteriormente.

Firma de psiquiatra/CRNP

Fecha

Firma de psiquiatra/CRNP

Fecha

Firma de psiquiatra/CRNP

Fecha

He traducido la información y los consejos presentados oralmente a la persona que otorga el consentimiento por quien lo obtiene. A mi leal saber, esta persona comprende esta explicación.

Firma de un miembro de la familia o persona significativa.

Fecha

