

Acuerdo para Sustancias Controladas del Ministerio de Salud CrossOver

Yo, _____, estoy de acuerdo con las siguientes estipulaciones acerca del uso crónico de sustancias controladas.

Medicamento recetado _____ Diagnóstico _____

1. Siempre seré honesto y diré la verdad a mis médicos y al personal de la clínica bajo toda circunstancia.
2. Sólo usaré esta medicina para lo que me ha sido diagnosticada.
3. Estoy de acuerdo en abstenerme de consumir bebidas alcohólicas y sustancias ilícitas, sin excepción, mientras se me receten sustancias controladas para el dolor.
4. Entiendo que estas medicinas son sólo para mi uso personal. Las mantendré bajo mi cuidado, no se las daré a nadie más, ni las venderé.
5. Sólo recibiré recetas para sustancias controladas prescritas por el CrossOver.
6. Sólo reclamaré mi medicina en la farmacia _____, teléfono # _____
7. No solicitaré recetas ni re-ordenaré antes de que se me termine la medicina. Si necesito un ajuste en la dosis o la cantidad, lo consultaré con mi médico en mi próxima visita. Entiendo que no me serán dadas citas el mismo día con este propósito.
8. Me aseguraré de pedir una cita para un seguimiento antes de que la receta se me venza.
9. Entiendo que:
 - a. Para re-ordenar mi medicina debo hacerlo durante mi cita médica.
 - b. Si pierdo mi medicina no recibiré otra en reemplazo.
 - c. Si cancelo mi cita, no podré re-ordenar la medicina hasta la siguiente cita.
 - d. Los médicos del CrossOver no autorizan recetas nuevas rutinariamente (escritas o por fax) en cualquier momento sino durante la consulta médica.
 - e. Las sustancias controladas no serán re-ordenadas después de horas de oficina, durante los días festivos o los fines de semana.
10. En caso de emergencia, hospitalización o cirugía, informaré al doctor asignado que estoy tomando sustancias controladas. Si este doctor receta una sustancia controlada diferente o adicional, enviará la información a mi registro médico del CrossOver.
11. En cualquier momento se me realizará un exámen de orina o de sangre y otro por lo menos cada 12 meses para verificar qué sustancias llevo en mi cuerpo. Si no cumplo o trato de alterar los resultados del exámen, no me serán dadas más recetas para sustancias controladas. De la misma manera, si en cualquier momento, mi médico me pide traerle las medicinas que estoy tomando para contar las pastillas que quedan y no lo hago dentro de los 5 siguientes días, me serán descontinuadas todas las sustancias controladas.
12. Soy consciente de que el CrossOver participa en el Programa "*Virginia's Prescription Monitoring*" (*Monitoreo de Prescripciones de Virginia*) y entiendo que ellos verifican su base de datos regularmente para monitorear las prescripciones de sustancias controladas. Soy consciente de que el CrossOver tiene todo el derecho de llamar a las farmacias y demás servicios de salud con propósitos de monitoreo.
13. Entiendo que si no cumplo con alguno de los puntos anteriores, mi médico puede suspender las prescripciones para sustancias controladas y potencialmente puede resultar en la suspensión total de los servicios que se me prestan en el CrossOver.

Médico _____ Paciente _____ Fecha _____