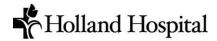


PAIN MANAGEMENT

Acuerdo de manejo de opioids

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Entiendo, acepto y estoy de acuerdo con los siguientes tratamiento del dolor en la oficina de Manejo del Dolor declaración):	términos y condiciones para recibir atención para el de Holland Hospital (coloque sus iniciales al lado de cada
dolor crónico. Entiendo que los objetivos del tratamient	intos para encontrar el tratamiento más adecuado para mi so no son eliminar el dolor, sino aliviar parcialmente mi dolor nica con opioides puede ser solo una parte de mi plan general
objetivos del tratamiento y haremos los cambios necesa	ontinuamente el efecto de los opioides en el logro de los arios. Acepto tomar el medicamento en la dosis y frecuencia asis de opioides por mi cuenta y entiendo que hacerlo puede a suspender el tratamiento con opioides.
sudoración, picazón en la piel, confusión u otros cambio	a terapia con opioides incluyen estreñimiento, náuseas, os en el estado mental o la capacidad de pensamiento, y orometo a abstenerme de conducir un vehículo motorizado o a dicha somnolencia.
No buscaré medicamentos opioides de otro méd seguimiento regular y solo mi proveedor recetará estos programadas.	dico para el tratamiento de mi dolor. Se requiere atención de medicamentos para mi dolor crónico en nuestras citas
Asistiré a todas las citas, tratamientos y consultar recomendaciones de manejo del dolor.	s según lo solicite mi proveedor y seguiré las
medicamento opioide de nadie más. Acepto ser respons	nás, incluidos los miembros de mi familia, ni aceptaré ningún sable del almacenamiento seguro de mis medicamentos en do que no se proporcionarán nuevos medicamentos hasta que
Entiendo que si mi receta se agota antes de tiem medicamento o tomo más de lo recetado), mi proveedo	npo por cualquier motivo (por ejemplo, si pierdo el or no recetará una renovación anticipada.
Entiendo que usar o intentar usar una receta fals práctica y la notificación a las agencias de aplicación de	sificada o falsificada resultará en la expulsión inmediata de la la ley correspondientes.
(incluyendo daños físicos graves e incluso la muerte) o i	to con los opiáceos puede causar efectos adversos nterferir con la terapia con opioides. Por lo tanto, acepto ncias, incluida la marihuana, el alcohol, los medicamentos no rario, se suspenderán las recetas de opioides.
Entiendo que puedo volverme físicamente deper pacientes puede conducir a la adicción. Estoy de acuerd especialistas en adicciones como condición de mi plan o	



PAIN MANAGEMENT

Entiendo que mi proveedor no me proporcionará resurtidos por teléfo No llamaré al número de emergencia fuera del horario de atención para busca responsabilidad llamar a mi médico al menos	
cinco días hábiles antes de quedarse sin medicamentos si hay un problema. Estarmacia para asegurarme de que las recetas que se deben reabastecer estén de posición, especialmente las recetas que se deben reabastecer durante el fin elamar fuera del horario de atención o los fines de semana sobre medicamento están en la farmacia. Además, soy responsable de asegurarme de tener una cita mis reabastecimientos. Entiendo que, si falto a mi cita de seguimiento, no se promedicamentos hasta que me vean en el seguimiento. Entiendo que no hacerlo producamentos durante un período de tiempo significativo, lo que puede resultar de abstinencia.	disponibles antes de la fecha de de semana. Entiendo que no puedo os que, por las razones que sean, no de seguimiento adecuada para recibir aporcionarán más renovaciones de puede resultar en que me quede sin
Estoy de acuerdo con las pruebas periódicas de detección de drogas no cosible que me pidan que proporcione una muestra de orina en cualquier mo recibo opiáceos. El hecho de que no proporcione una muestra dentro de las 2 resultará en la interrupción de las recetas de opiáceos. Entiendo que, si una propositivo para sustancias ilegales, sustancias no divulgadas a mi proveedor o ne seré dado de alta de la clínica de inmediato. También entiendo que no habrá co cara volver a tomar muestras si la prueba de detección de drogas es positiva.	mento durante mi tratamiento mientras 4 horas posteriores a la solicitud rueba de detección de drogas da egativo para medicamentos recetados,
Entiendo que mi incumplimiento de cualquiera de los requisitos de estroveedor decida dejar de recetarme. En este caso, mi médico puede optar poperíodo de varios días, según sea necesario, para evitar los síntomas de abstinuna opción viable, entiendo que puedo ser dado de alta y se me puede propopara 30 días para usar mientras encuentro un nuevo médico que me brinde at de los medicamentos será coordinada por mi proveedor y puede requerir referambién puede haber casos en los que mi proveedor decida no proporcionar oparticularmente cierto si las pruebas de detección de drogas son negativas pas sustancias ilegales en mi prueba de detección de drogas que pueden hacer que proporcionar más recetas).	or reducir mis medicamentos durante ur rencia. Si se considera que esta no es prcionar un suministro de medicamentos rención médica. Entiendo que la retirada prencias a especialistas. Entiendo que más recetas de opiáceos (esto será ra los opiáceos recetados o si hay
Por la presente, acepto que mi proveedor tiene la autoridad para discu profesionales de la salud y mis familiares cuando se considere médicamente n	
Mi proveedor puede obtener información de las bases de datos de sus otros programas de monitoreo de recetas. Autorizo a mis proveedores y a mi cualquier agencia de aplicación de la ley de la ciudad, estatal o federal, incluid en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta o	farmacia a cooperar plenamente con la la Junta de Farmacia de este estado,
otro desvío de mi analgésico. Acepto renunciar a cualquier privilegio o derech aplicable con respecto a estas autorizaciones.	o de privacidad o confidencialidad
Que yo sepa, no estoy embarazada en este momento. Entiendo que los para el feto. Haré todo lo posible para evitar quedar embarazada mientras ton mi proveedor apruebe lo contrario.	
irma del paciente/tutor legal:	Fecha:
Relación con el paciente (si está firmada por alguien que no sea el paciente) _	
Firma dal tection:	Fecha: