



**MEDICAMENTOS RECETADOS DE UNA SUSTANCIA CONTROLADA**

Nombre Completo Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:
<i>Si el paciente es menor de 18 años y no está legalmente emancipado; o si el paciente ha sido declarado mentalmente incompetente, imprima</i>	
Nombre Completo Del Tutor Legal:	
CS Rx y Resistencia:	Nombre y Credenciales Del Prescriptor:
ICD-10:	Lic. & DEA #:

*La ley de Nevada exige que Human Behavior Institute obtenga el consentimiento informado por escrito del paciente y/o tutor legal antes de recetar una Sustancia Controlada (CS). De conformidad con AB 474, lea cuidadosamente y firme su inicial después de cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta sobre cualquiera de las siguientes afirmaciones, por favor pregunte a su proveedor antes de firmar para indicar su plena comprensión y el reconocimiento de todos los términos especificados en este acuerdo medicamentos recetados.*

He discutido mi plan de tratamiento con el profesional, y tienen una buena comprensión de mis objetivos generales del tratamiento como medida de mi condición médica.

Como parte de mi plan de tratamiento, que se pueden prescribir medicamentos como una sustancia controlada que se puede utilizar para tratar la ansiedad, el trastorno de hiperactividad por déficit de atención, trastornos del sueño, depresión, u otras condiciones que me diagnostican.

Entiendo que estos medicamentos tienen riesgos conocidos y los efectos secundarios y puede ser perjudicial si se toma sin supervisión médica y / o en contra de las instrucciones prescritas. Los efectos secundarios pueden incluir, pero no están limitados a:

- Estreñimiento
- Náuseas / vómitos
- Somnolencia excesiva o somnolencia
- Picazón
- Presión arterial baja
- Dificultad para respirar
- Frecuencia cardíaca irregular
- Incapacidad para dormir
- Deficiencia de juicio y/o razonamiento
- Depresión
- Impotencia
- Tolerancia a la medicación
- Pensamientos suicidas
- Adicción o sobredosis
- Dependencia física o psicológica

Entiendo que puede ser peligroso conducir un vehículo u operar una maquinaria mientras toma estos medicamentos.

Entiendo que no todos los posibles riesgos y beneficios se enumeran en este formulario, por lo tanto, informaré a mi proveedor inmediatamente si experimento algún otro efecto secundario que se desarrolle durante el curso de mi tratamiento.

He discutido con mi proveedor los posibles riesgos y beneficios de estos medicamentos y otros tratamientos, incluidos sus riesgos y beneficios. Si el medicamento es un opioide, entiendo que puedo obtener el medicamento para contrarrestar su efecto sin receta médica.

**Para pacientes mujeres en edad de tener hijos (entre 15 y 45 años): ¿Estás actualmente embarazada?  Si  No**

Yo entiendo que hay riesgos desconocidos y los efectos secundarios de los medicamentos prescritos a un niño no nacido. La exposición crónica a sustancias controladas durante el embarazo puede provocar, entre otros, los riesgos de dependencia fetal de la sustancia controlada y el síndrome de abstinencia neonatal. Si estoy embarazada, le informaré inmediatamente a mi médico sobre todos los medicamentos que estoy tomando.

**Para menores:**

Entiendo los riesgos de que mi hijo abuse o abuse de la sustancia controlada o desvíe la sustancia controlada para que la use otra persona. He sido informado de las formas de detectar dicho abuso, mal uso o desviación.

Entiendo que todos los medicamentos deben almacenarse adecuadamente y que no son de fácil acceso para los niños. Además, me han informado sobre la eliminación adecuada de estos medicamentos y sobre cómo mi proveedor atenderá mi solicitud de resurtidos.

Inicial

Entiendo que la ley de Nevada requiere que mi proveedor obtenga mi informe de utilización de farmacia del programa computarizado establecido por la Junta y la División de Investigación antes de iniciar una receta para una sustancia controlada. Además, requiere que mi proveedor obtenga dicho informe al menos cada 90 días durante la vigencia de la receta; y para hacer ciertas determinaciones basadas en el informe.

Inicial

**Entiendo que las recetas y las recargas solamente serán proporcionados durante las visitas programadas, y es mi responsabilidad para asegurarse de que planificar y asistir a mis citas. Además, entiendo que mis medicamentos son responsabilidad mía, y que si los pierdo o me los roban, mi medicamento no podrá ser reemplazado hasta mi próxima cita programada, a discreción de mi prescriptor.**

Inicial

**Informaré a mi proveedor de inmediato sobre:**

- cualquier otra sustancia controlada prescrita a mí o tomada por mí
- si estoy bebiendo alcohol, usando productos de marihuana o cualquier otro compuesto cannabinoide, mientras tomo mis medicamentos
- si recibo tratamiento por cualquier efecto secundario o complicación relacionada con el uso de la sustancia controlada, incluso si he tenido una sobredosis
- todos los medicamentos me han recetado otros profesionales, incluidos los de otros estados

Inicial

**Autorizo a mi proveedor de monitorear mi uso de drogas,** cuando se considere necesario, incluyendo el profesional, sin limitaciones a:

- Pruebas de orina, cabello y sangre
- Llevar mis medicamentos a la oficina del recetador donde se puede contar el número de píldoras

Inicial

**Acepto usar mis medicamentos solo según lo recetado, y no compartiré mis medicamentos con ninguna otra persona.**

Inicial

Entiendo que parte de mis objetivos de tratamiento durante mi terapia pueden incluir minimizar o incluso discontinuar el uso de sustancias controladas. Entiendo que mi terapeuta puede recomendar minimizar y suspender una sustancia controlada por varias razones, que incluyen:

- la presencia o el desarrollo de efectos secundarios adversos
- cualquier señal de mal uso, abuso, desvío o adicción
- intenta obtener medicamentos de sustancias controladas de otros proveedores
- uso de drogas ilegales u otros medicamentos que pueden interactuar con la sustancia controlada
- incumplimiento de mi plan de tratamiento
- cualquier razón por la que mi proveedor considere que es lo mejor para mí reducir o discontinuar la sustancia controlada

Inicial

Entiendo que la administración de medicamentos es solo una parte de mi tratamiento. Entiendo que mi plan de tratamiento puede incluir psicoterapia, servicios psicosociales, ejercicio físico, apoyo familiar o social, educación y vida saludable para mejorar mi condición.

Inicial

**He leído y acepto las declaraciones anteriores y tuve la oportunidad de responder todas mis preguntas. Entiendo que si violo cualquier parte de este acuerdo de medicamentos recetados, se me puede denegar la prescripción de sustancias controladas y se podrá dar de alta en Human Behavior Institute. Además, reconozco que la ley exige que revise y ejecute un acuerdo de medicamentos recetados con mi proveedor al menos una vez cada 365 días, siempre que reciba recetas de sustancias controladas. Al firmar a continuación, acepto cumplir con todos los términos y condiciones anteriores como parte de mi tratamiento en Human Behavior Institute.**

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Imprimir El Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Imprimir El Nombre Del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha