



MIRACLE Counseling

MANEJO DE
MEDICAMENTOS
ACUERDO DEL
PACIENTE



GESTIÓN DE MEDICAMENTOS: ACUERDO DEL PACIENTE

Yo, _____ entiendo y acepto voluntariamente que (ponga sus iniciales en cada declaración después de revisar):

Cumpliré (y llegaré a tiempo) a todas mis citas programadas con el proveedor y otros miembros del equipo de tratamiento.

Participaré en todos los demás tipos de tratamiento en los que se me pida participar.

Mantendré el medicamento seguro, protegido y fuera del alcance de los niños. Si el medicamento se pierde o es robado, entiendo que no se reemplazará hasta mi próxima cita y es posible que no se reemplace en absoluto.

Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo sin hablar primero con el prescriptor de la receta u otro miembro del equipo de tratamiento.

No llamaré entre citas, ni por la noche, ni los fines de semana buscando recargas. Entiendo que las recetas se surtirán solo durante las visitas programadas al consultorio con el equipo de tratamiento.

Me aseguraré de tener una cita para recargar mis recetas. Si tengo problemas para programar una cita, se lo comunicaré de inmediato a un miembro del equipo de tratamiento.

Trataré al personal de la oficina con respeto en todo momento. Entiendo que, si soy irrespetuoso con el personal o interrumpo el cuidado de otros pacientes, se interrumpirá mi tratamiento.

No venderé este medicamento ni lo compartiré con otros. Entiendo que, si lo hago, se detendrá mi tratamiento.

Firmaré un formulario de divulgación para permitir que el proveedor hable con todos los demás médicos o proveedores que veo.

Le diré al proveedor todos los demás medicamentos que tomo y le haré saber de inmediato si tengo una receta para un nuevo medicamento.

Usaré solo una farmacia para obtener todos mis medicamentos:

Nombre de la farmacia/número de teléfono

No usaré drogas ilegales como heroína, cocaína, marihuana o anfetaminas. Entiendo que, si lo hago, mi tratamiento puede ser interrumpido.

Me mantendré al día con las facturas del consultorio y le informaré al proveedor o al miembro del equipo de tratamiento de inmediato si pierdo mi seguro o ya no puedo pagar el tratamiento.

Entiendo que puedo perder mi derecho a recibir tratamiento en esta oficina si rompo alguna parte de este acuerdo.



DECLARACIÓN DE TRATAMIENTO DE CONSEJERÍA MILAGROSA

Aquí en Miracle Counseling nos comprometemos a trabajar con usted en sus esfuerzos por mejorar.

Para ayudarlo en este trabajo, acordamos que:

- Le ayudaremos a programar citas periódicas para reabastecerse de medicamentos. Si tenemos que cancelar o cambiar su cita por cualquier motivo, nos aseguraremos de que tenga suficiente medicamento que dure hasta su próxima cita.
- Nos aseguraremos de que este tratamiento sea lo más seguro posible. Lo revisaremos periódicamente para asegurarnos de que no tenga efectos secundarios negativos.
- Lo ayudaremos a conectarlo con otras formas de tratamiento para ayudarlo con su condición.
- Lo ayudaremos a establecer metas de tratamiento y monitorearemos su progreso para lograr esas metas.
- Trabajaremos con cualquier otro médico o proveedor que esté viendo para que puedan tratarlo de manera segura y eficaz.
- Trabajaremos con sus proveedores de seguros médicos para asegurarnos de que no se quede sin medicamentos debido a papeleos u otras cosas que puedan solicitar.

_____ Firma del paciente	_____ Nombre del Paciente	_____ Fecha
_____ Firma del Primer Proveedor	_____ Nombre del Proveedor	_____ Fecha
_____ Firma del Segundo Proveedor (Si necesario)	_____ Nombre del Proveedor	_____ Fecha



ACUERDO PARA RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS A LARGO PLAZO

Nombre del Paciente: _____

El uso de _____ puede causar adicción y es solo una parte del tratamiento para: _____ (escriba el nombre de la afección, por ejemplo, dolor, ansiedad, etc.).

Los objetivos de este medicamento son:

para mejorar mi capacidad de trabajar y funcionar en casa.
para ayudar a mi _____ (escriba el nombre de la afección, por ejemplo, dolor, ansiedad, etc.) tanto como sea posible sin causar efectos secundarios peligrosos.

Me han dicho que:

1. Si bebo alcohol o uso drogas ilícitas, es posible que no pueda pensar con claridad y podría tener sueño y correr el riesgo de sufrir lesiones personales.
2. Puedo volverme adicto a este medicamento.
3. Si yo o alguien de mi familia tiene antecedentes de problemas con las drogas o el alcohol, existe una mayor probabilidad de adicción.
4. Si necesito suspender este medicamento, debo hacerlo lentamente o me puedo enfermar gravemente.

Acepto lo siguiente:

- Soy responsable de mis medicamentos. No compartiré, venderé ni intercambiaré mi medicamento. No tomaré la medicina de nadie más.
- No aumentaré mi medicamento hasta que hable con mi prescriptor.
- Es posible que no se reemplace mi medicamento si se pierde, se lo roban o se agota antes de lo recetado.
- Mantendré todas las citas establecidas por mi prescriptor.
- Llevaré los frascos de píldoras con las píldoras restantes de este medicamento a cada visita a la clínica.
- Estoy de acuerdo en dar una muestra de sangre u orina, si me lo piden, para detectar el uso de drogas o alcohol.

Recargas:

Las recargas se realizarán únicamente durante el horario habitual de oficina, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. No recargas en las noches, días festivos o fines de semana. Debo llamar con al menos tres (3) días hábiles de anticipación (lunes a viernes) para solicitar una renovación de mi medicamento. No se harán excepciones. No vendré a Miracle Counseling por mi recarga hasta que me llame la enfermera.

Debo llevar un registro de mis medicamentos. No se pueden realizar recargas anticipadas o de emergencia.

Farmacia:

Solo usaré una farmacia para obtener mi medicamento. Mi prescriptor puede hablar con el farmacéutico acerca de mis medicamentos. el nombre de mi farmacia es _

Recetas de otros médicos:

Si veo a otro médico que me da un medicamento de sustancia controlada (por ejemplo, un dentista, un Médico de Urgencias u otro hospital, etc.) Debo llevar este medicamento al prescriptor en el frasco original, incluso si no quedan pastillas.



Privacidad

Mientras tomo este medicamento, es posible que mi prescriptor deba comunicarse con otros médicos o familiares para obtener información sobre mi atención y/o el uso de este medicamento. Se me pedirá que firme un comunicado en ese momento.

Terminación del acuerdo:

Si rompo alguna de las reglas, o si mi médico decide que este medicamento me está haciendo más daño que ayudarme, mi médico puede suspenderlo de manera segura.

He hablado sobre este acuerdo con mi prescriptor y entiendo las reglas anteriores.

Responsabilidades del Proveedor:

Como su proveedor, acepto realizar controles regulares para ver qué tan bien está funcionando el medicamento.

_____	_____	_____
Firma del paciente	Nombre del Paciente	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Primer Proveedor	Nombre del Proveedor	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Segundo Proveedor (Si necesario)	Nombre del Proveedor	Fecha