

**Rehabilitation Physicians of Georgia, P.C. (RPG)**  
*(Grupo de médicos especializados en la rehabilitación de la salud)*

**ACUERDO PARA EL MANEJO DEL DOLOR**

El propósito de este acuerdo es prevenir malentendidos sobre ciertas medicaciones que usted deberá tomar para el control y manejo del dolor. Éste acuerdo está diseñado para ayudarlos a usted y a su doctor a cumplir con las regulaciones de la ley con respecto a los medicamentos y drogas adquiridas con receta.

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en usar la farmacia: \_\_\_\_\_,  
ubicada en: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_,  
para que llene todas mis recetas para control del dolor. También estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Me comunicaré continuamente con mi doctor acerca del carácter e intensidad de mi dolor, los efectos del dolor en mi vida diaria, y que tanto la medicación me está ayudando a aliviar el dolor.
- No usaré ninguna sustancia ilegal, ni controlada, incluyendo la marihuana o la cocaína; tampoco abusaré el uso del alcohol mientras estoy bajo tratamiento.
- No compartiré, no venderé ni negociaré mis medicaciones con ninguna otra persona.
- No obtendré ninguna otra receta para medicaciones controladas, incluyendo medicaciones para el dolor con opiáceos, estimulantes o medicinas para calmar la ansiedad dadas por algún otro doctor. Por ejemplo: Hydrocodone, OxyContin, Lortab, Vicodin, Ultram, Soma, Valium, Xanax, etc.
- Cuidaré mi medicación y drogas para el dolor para que no se pierdan, ni me las roben. La medicaciones o drogas perdidas, o robada no serán substituidas.
- Entiendo y convengo que las repeticiones de mis recetas de la medicación para el dolor serán hechas solamente al tiempo con las visitas a la oficina del doctor, durante horas regulares de oficina. Me comprometo a no faltar a mis citas regularmente programadas.
- Entiendo que cualquier comportamiento agresivo hacia el personal de la oficina del doctor en *RPG* no será tolerado.
- Estoy de acuerdo en someterme a exámenes de sangre o análisis de orina, si así lo pide mi doctor, para determinar mi cumplimiento con el programa prescrito de medicación para el control de mi dolor. Entiendo también que yo tendré que pagar por estos exámenes de mi bolsillo. .
- Convengo en que tomaré mi medicación a la medida indicada en la receta y que no tomare más de lo prescrito, y si me excedo en el uso de la medicación, estaré sin la medicación hasta el momento en que la nueva receta sea renovable. .
- No usaré ni utilizaré mis medicaciones para ningún otro propósito que no sea la razón indicada por mi doctor; tampoco las usare para controlar otros dolores, excepto por el cual estoy en tratamiento.
- No me inyectaré ni inhalaré opiáceos previstos y recetados para el uso oral.
- No alteraré ni cambiaré de ninguna manera la receta escrita por mi doctor.
- Seguiré todas las leyes con relación al uso de medicaciones y drogas controladas

Autorizo a mi doctor y a mi farmacia para cooperar completamente con el cumplimiento de la ley de cualquier ciudad, estado o agencia policial Federal, incluyendo la Directiva de Farmacéuticos del Estado de Georgia, en la investigación del cualquier uso ilegal, en la venta o cualquier otro uso no permitido de mi medicación para el dolor. Autorizo a mi doctor a proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad con respecto a esta autorización, de acuerdo y conforme a la ley que prevalece.

Estoy de acuerdo en seguir estas pautas que se me han explicado clara y completamente. Todas mis preguntas, dudas y preocupaciones con respecto al tratamiento me han sido contestadas adecuadamente; y una copia de este documento se me ha dado personalmente para mis records.

Entiendo que este acuerdo es esencial para establecer la confianza y credibilidad necesaria en la relación de doctor-a-paciente y que mi doctor acepta darme tratamiento basado en este acuerdo. **Entiendo claramente que si no cumplo con cualquier porción de este acuerdo, o rompo cualquiera de las reglas aquí establecidas, mi doctor de inmediato parará de recetarme éstas medicaciones para el control del dolor; además entiendo que mis acciones podrían causar un rompimiento permanentemente en mis relaciones con mi doctor y con RPG.**

Este Acuerdo se hace efectivo este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

Firma paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente en imprenta: \_\_\_\_\_