MACS
Maryland Addiction Consultation Service

Acuerdo sobre el uso de sustancias controladas

Este acuerdo se celebra entre usted (el paciente) y su proveedor de tratamiento para garantizar el uso seguro y eficaz de sustancias controladas. El objetivo de este acuerdo es establecer expectativas y responsabilidades claras con respecto al uso de los medicamentos controlados que se le recetan.

En particular, queremos que sepa que el uso de _____ *(inserte los nombres de los medicamentos)* **puede provocar dependencia física, conlleva un riesgo de uso indebido y puede derivar en un trastorno por consumo de sustancias. Estos medicamentos también pueden causar efectos secundarios potencialmente peligrosos, especialmente si se combinan con alcohol y otras sustancias controladas. Estos medicamentos son una parte importante de su plan de tratamiento para _____** *(inserte el nombre de las afecciones)***, pero son más eficaces cuando se combinan con otras terapias, según lo recomendado.**

Responsabilidades del paciente

Como paciente, me comprometo a lo siguiente:

- Tomaré los medicamentos según las indicaciones y no cambiaré la dosis ni la frecuencia sin autorización.
- Utilizaré una sola farmacia para obtener mis medicamentos.
- Guardaré mis medicamentos en un lugar seguro, fuera del alcance de otras personas para quienes no hayan sido recetados.
- No compartiré, venderé ni intercambiaré mis medicamentos con nadie.
- Informaré a mi proveedor sobre todos los demás medicamentos que esté tomando, incluidas las nuevas recetas.
- Asistiré a todas las citas programadas y cooperaré con los planes de tratamiento, incluidos los tratamientos complementarios (acompañamiento terapéutico, fisioterapia, visitas a especialistas, etc.).
- Realizaré las pruebas de detección de drogas requeridas (análisis de orina, saliva o sangre) cuando me lo soliciten.
- Informaré a mi proveedor sobre cualquier efecto secundario o problema relacionado con los medicamentos.
- Informaré a mi proveedor si estoy embarazada o quedo embarazada, ya que podría ser necesario modificar mis medicamentos.
- Si no cumplo con las responsabilidades mencionadas anteriormente, o si mi proveedor considera que este medicamento me está perjudicando más de lo que me está ayudando, se podrá suspender la toma de manera segura.
- Comprendo que combinar alcohol con estos medicamentos puede ser peligroso, y tendré precaución al conducir y operar maquinaria.

Responsabilidades del proveedor

Como su proveedor de tratamiento, me comprometo a realizar controles periódicos para evaluar qué tan bien está funcionando el medicamento. También me comprometo a brindar información sobre los medicamentos recetados y sus posibles riesgos.

Términos del acuerdo

- El incumplimiento de este acuerdo puede dar lugar a la modificación o interrupción de las recetas de sustancias controladas.
- Es posible que no se autoricen las solicitudes para renovar las recetas de los medicamentos antes de la fecha prevista.
- El proveedor puede rescindir este acuerdo si surgen inquietudes sobre su seguridad, el desvío de medicamentos o la pérdida o el robo repetido de medicamentos.

Al firmar este acuerdo, reconozco que he leído, comprendido y acepto los términos establecidos anteriormente.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ **Fecha**: _____

Este acuerdo puede actualizarse según sea necesario para reflejar los cambios en su tratamiento o nuevas pautas de seguridad.