

**Plaza Medical Centre**

700 N Pearl St, Suite N208  
Dallas, TX 75201  
Tel: (214) 999-9355



**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101  
Dallas, TX 75224  
Tel: (214) 330-9221

## CONTRATO DE NARCÓTICOS

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

El objetivo de este contrato es definir las expectativas entre el proveedor medico \_\_\_\_\_, y el paciente sobre el uso de medicamentos narcóticos.

Yo entiendo que tengo un síntoma de dolor crónico que requiere el uso de narcóticos para el control de dolor. Además, entiendo que el uso de medicamentos narcóticos crónica conlleva el riesgo de adicción, así como los efectos secundarios de la medicación. Entiendo que los narcóticos pueden perjudicar mi capacidad para operar un vehículo o maquinaria pesada.

Con el fin de reducir las posibilidades de abuso de los medicamentos, ciertos parámetros relacionados con la recta médicas se acordaran:

1. No voy a usar los medicamentos en dosis más altas de lo prescrito.
2. No voy a pedir o recibir recetas de otros proveedores de servicios médicos, con excepción de lo autorizado por mi médico.
3. No voy a pedir relleno en mi receta antes de tiempo, excepto en las condiciones muy adversas.
4. No se remplazara medicamentos o recetas médicas perdidas.
5. Si se concede un relleno en mis medicamentos antes de tiempo por razones de viaje, etc., el próximo relleno se retrasará por una cantidad de tiempo igual al número de días que se da a principios de la relleno.
6. Entiendo que mi médico tendrá que visitar a mi médico regularmente para dar seguimiento a mis problemas de dolor crónico. Es mi responsabilidad para programar mis citas para que no me quede sin medicación.
7. Voy a solicitar rellenos de medicamentos al menos 3 días antes que se me terminen.
8. Estoy de acuerdo en dar información sobre todas las farmacias que use para rellenar mis medicamentos. Voy a elegir una farmacia para surtir mis medicamentos para el dolor y yo avisaré a mi médico si cambio de farmacias.
9. Voy a dar mi consentimiento a pruebas de drogas al azar.
10. No se darán rellenos de medicamentos de noche, ni en días festivos ni en fines de semana. No voy a pedir rellenos de medicamento a los médicos de guardia.

He sido informado de que no puedo tomar otros medicamentos como tranquilizantes, sedantes, o antihistamínicos sin antes consultar con mi médico. Entiendo que no debo mezclar mis medicamentos con alcohol. El uso en combinación de los fármacos anteriores puede producir sedación profunda, depresión respiratoria, y en el peor de los casos, la muerte.

Mi incumplimiento de estos acuerdo será motivo de terminación de la recta medica de narcóticos por el proveedor medico \_\_\_\_\_ y también puede ser su terminación como paciente de esta clínica.

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_ **Dosis:** \_\_\_\_\_ **Cantidad mensual:** \_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

He leído, entendido y acepta seguir las reglas de este acuerdo.  
Yo autorizo se el porciones una copia de este acuerdo mi farmacéutico.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_