



Contrato de Medicamentos para Dolor de COH

Este contrato tiene 4 partes:

Parte 1 Dice como y cuando tiene que tomar sus medicamentos para dolor

Parte 2 Lista las cosas que Usted se pone de acuerdo en hacer.

Parte 3 Lista las cosas que puedan pasar si Usted **NO** cumple con la lista de Parte 2.

Parte 4 Requiere que Usted y el proveedor firman el formulario.

Parte 1 – Mis Medicamentos para Dolor

Medicamento	Desayuno	Almuerzo	Cena	Al dormir

Parte 2 – Yo haré:

- Yo diré al proveedor si recibo medicamentos para dolor de otro doctor o urgencias.
- Llamar COH con 24 horas de aviso si tengo que cancelar mi cita.
- Mantener el medicamento para dolor en un lugar seguro y fuera del alcance de niños.
- Decirle al proveedor si estoy embarazada.
- Recibir medicamentos para dolor solamente de: _____
 - Dirección : _____
 - Teléfono: _____
- Traer todos los medicamentos para dolor que no he usado en sus botellas originales la próxima vez que veo al proveedor. Él o ella puede contar las pastillas en la(s) botella(s).
- Pedir recambio antes de agotar las pastillas.
- Dejar que COH chequea mi orina (pis) o sangre para averiguar cuáles drogas tomo.

Parte 2 – Yo NO haré:

- No voy a compartir, vender, o cambiar mis medicamentos para dolor con nadie.
- No usaré medicamento(s) de otra persona.
- No usaré drogas ilegales (metanfetamina, PCP, K2, cocaína)
- No cambiaré la manera que tomo mis medicamentos sin preguntar al proveedor.
- No pediré otros recambios si pierdo mis pastillas.
- No usaré mi medicamento para cambiar mi humor.

Parte 3 – Yo entiendo:

Si no cumplo con todas las cosas en la lista de Parte 2, mi proveedor:

- Estará prohibido de ordenarme más medicamentos para dolor.
- Pueda parar de ofrecer cuidado médico.
- Pueda mandarme a un tratamiento para abuso de drogas.

Parte 3 – Yo sé:

- Que COH y mi farmacia van a checar mi uso de medicamentos para dolor.
- Que estas medicinas pueden causar problemas si paro de usarlos en una sola vez.
- Que si manejo mientras tomar medicamentos para dolor, podría recibir cargos de manejar bajo la influencia (DUI). Si recibo un cargo de DUI durante el uso de medicamentos para dolor, COH no tiene la culpa.

PARTE 4 – FIRME EL FORMULARIO

Nombre de paciente: _____

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

Nombre de proveedor: _____

Firma de proveedor: _____

Fecha: _____