

Texas Interventional Pain Care, PA  
2201 N. Central Expressway  
Suite 171  
Richardson, Texas 75080  
Ph# (972) 952-0290  
Fx# (972) 952-0293

Nombre: \_\_\_\_\_

\*Durante las ultimas dos semanas has presentado los siguientes sintomas?

Fiebre	Si No
Dificultad para respirar	Si No
Tos	Si No

---

\*Durante la ultimas dos semanas has tenido:

Prueba de COVID	SI No
-----------------	-------

Has estado en contacto o cuidando de alguien que ha estado positivo con COVID:	SI No
--	-------

Has viajado a Estados que an estado altos con los casos de COVID:	SI No
---	-------

---

*Has recibido la vacuna de COVID (Si no recuerdas la fecha, te podemos proveher un calendario)	Si No
---	-------

Fecha de la primera vacuna de COVID:	1. _____
Fecha de la segunda vacuna de COVID:	2. _____
Fecha de la tercera vacuna de refuerzo	3. _____

**Texas Interventional Pain Care**  
**Arif B. Khan M. D.**

**Información de Registró:**

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de licencia de manejo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Empleadores: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Primero/ Medico de Referencia: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_

**Proporcionar la siguiente información si el Otorgante es diferente**

Nombre Otorgante/Abogado: \_\_\_\_\_  
 Número de Tel: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Primer Seguro-circular	PPO	HMO	Medicare	WC	LOP	Segundo Seguro-circular	PPO	HMO	Medicare	WC	LOP
Nombre de Empresa: _____						Nombre de Empresa _____					
Dirección de reclamaciones: _____						Dirección de reclamaciones: _____					
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____						Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____					
Teléfono: _____ Fax: _____						Teléfono _____ Fax: _____					
Policia/ID: _____ Grupo: _____						Policia/ID: _____ Grupo: _____					
Nombre del asegurado: _____ FDN: _____ Sexo: _____						Nombre del asegurado: _____ FDN: _____ Sexo: _____					
Dirección de Correo: _____						Dirección de Correo: _____					
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____						Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____					
Empleador: _____ Teléfono: _____						Empleador: _____ Teléfono: _____					
Dirección de Correo: _____						Dirección de Correo _____					
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____						Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____					
Empleador: _____ Teléfono: _____						Empleador: _____ Teléfono: _____					
Dirección de Correo: _____						Dirección de Correo: _____					
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____						Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____					

**Autorización para el tratamiento y la autorización de seguros:**

Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar esta solicitud. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original. Yo permito al Dr. Arif B. Khan para administrar el necesario y oportuno diagnostico tratamiento necesario.

Por la presente autorizo **Texas Interventional Pain Care/Princeton Anesthesia** para solicitar los beneficios en mi favor por los servicios cubiertos por él. Solicito que el pago de mi compañía de seguros efectuara directamente a Texas Interventional Pain Care/Princeton Anesthesia. Nuestra oficina ase reclamos de seguros como una cortesía y de ninguna manera libera al paciente de la responsabilidad de sus cargos. Al firmar a continuación el paciente se compromete a aceptar la responsabilidad de sus cobros en la situación que el seguro niega o paga una parte del reclamo. Yo certifico que la información que yo a reportado con respecto a las coberturas de seguro esta correcta. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mi o mi compañía de seguros en cualquier momento por escrito.

Gracias por su colaboración, paciencia y comprensión y colocar sus atención con nosotros.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_



## SOAPP® Versión 1.0-14Q

Las siguientes son algunas preguntas dadas a todos los pacientes en el Centro de Control del Dolor que están en o se considera para los opiáceos para su dolor. Esta información es para nuestros registros y permanecerá confidencial. Sus respuestas por si solas no determinaran su trabajo. Gracias.

Responda las siguientes preguntas utilizando la siguiente escala:  
**0=Nunca, 1=Raramente, 2=A veces, 3= Seguido, 4= Muy seguido**

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Con que frecuencia tienes cambios de humor?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Con que frecuencia fuma un cigarrillo en una hora después de despertar?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Con que frecuencia ha tenido algún miembro de su familia, incluyendo padres y abuelos, un problema con alcohol o drogas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Con que frecuencia ha tenido alguno de sus amigos cercanos un problema con alcohol o drogas?                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Con que frecuencia han sugerido otros que usted tiene un problema de drogas o alcohol?                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Con que frecuencia ha asistido a una reunión de AA o NA?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Con que frecuencia ha tomado medicamentos distintos de los que se le prescribieron?                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Con que frecuencia ha sido tratado por un problema de alcohol o drogas?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Con que frecuencia se ha perdido o le han robado su medicamento?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Con que frecuencia han expresado preocupaciones sobre su uso de medicamento?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Con que frecuencia has sentido deseos de medicamentos?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Con que frecuencia le han pedido que le dé una prueba de orina para el abuso de sustancias?                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Con que frecuencia ha usado drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años?          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Con que frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales ha sido arrestado?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

*Por favor incluya cualquier información adicional que desee sobre las respuestas anteriores. Gracias.*

TEXAS INTERVENTIONAL PAIN CARE, P.A.  
2201 North Central Express Way, Suite 171  
Richardson, Texas 75080  
TEL: 972-952-0290  
FAX: 972-952-0293

**RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He revisado las Prácticas de Privacidad de Texas Interventional Pain Care, PA, que explican como mi información médica será usada y divulgada. Yo entiendo que tengo derecho de recibir copia de esto si será solicitada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representate

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representate

**CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION**

**(Gente tenemos que hablar por su parte)**

Yo entiendo que para divulgar mi Información Personal de Salud TEXAS INTERVENTIONAL PAIN CARE, P.A., debe tener mi consentimiento, por lo tanto, yo autorizo a TEXAS INTERVENTIONAL PAIN CARE, P.A. a divulgar mi Información Personal de Salud. Como describen en las formas anteriores, a los destinatarios a en nombrados continuación

Nombre(s) de persona(s) autorizadas para obtener información médica, como un procedimiento, resultados de pruebas, citas, cirugías, rellenos de medicamento, o preguntas de facturación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Podremos dejar un mensaje detallado en su correo de vos o maquina contestador? ( ) SI ( ) NO**  
**Si no marca una opción puede retardar sus resultados**

**Teléfono de Casa** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Celular** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representate

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZADO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Por la presente autorizo a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**To: Texas Interventional Pain Care PA  
2201 N Central Expressway, Suite 171  
Richardson, TX 75080  
Teléfono No. 972-952-0290  
Nº de fax 972-952-0293**

**La siguiente información de la historia clínica de:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Información que se entregará:**

CUALQUIER informes de diagnóstico / Imagen (sólo informes)  
ESPECÍFICAMENTE informes sobre: \_\_\_\_\_

**La información especificada anteriormente OS SEA LIBERADO sólo con el propósito de:**

CONSULTA Y TRATAMIENTO  
Drogas / Abuso de Alcohol y o psiquiátrica, o la liberación y el VIH / SIDA Registros

Yo entiendo que si mi expediente médico o de facturación contienen ninguna de la información se ha subrayado anteriormente o cualquiera de mi otra información sensible, estoy de acuerdo con su liberación  
MARQUE UNO SI NO POR FAVOR \_\_\_\_\_ INITIALS

**LIMITE DE TIEMPO Y DERECHO A Revocar la Autorización**

Espero que en la medida en que la acción ya ha sido tomada en relación con esta autorización, en cualquier momento revoco esta autorización mediante la presentación de un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de instalación a la dirección anterior. Esta autorización expirará automáticamente en 365 días a partir de la fecha de mi firma o menos que sea revocada antes de ese tiempo o menos que se especifique de otro modo como follows \_\_\_\_\_.

**Redivulgación**

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no estará protegida por la Ley de Responsabilidad de 1996. La instalación de Portabilidad y la información sobre salud, sus empleados, funcionarios y médicos quedarán eximidas de cualquier legal responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

**Firma del Paciente o Representante Personal:** \_\_\_\_\_

Yo entiendo que Texas intervencionista del dolor Cuidado, PA no puede condicionar mi tiempo de tratamiento firmar este formulario de autorización. Autorizo Tejas intervencionista del dolor Cuidado, PA pueda utilizar y divulgar la información de salud como se ha especificado anteriormente. Además, entiendo que un canon de copia razonable puede cobrar por copias de registros.

TEXAS INTERVENTIONAL PAIN CARE, PA  
ARIF B. KHAN, M.D.  
2201 N. CENTRAL EXPRESSWAY, STE 171  
RICHARDSON, TEXAS 75080  
TEL: 972-952-0290  
FAX: 952-952-0293

**INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR  
DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DEL CONSEJO MEDICO DE TEXAS  
REFERENCIA: CODIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TITULO 22, PARTE 9, CAPITULO 170  
Desarrollado por la Sociedad del Dolor del Estado de Texas, Septiembre 2007 ([www.texaspain.org](http://www.texaspain.org))**

PARA EL/LA PACIENTE: Como paciente, Usted tiene derecho a estar informado(a) acerca de su estado de salud y el procedimiento médico o diagnóstico que se recomienda o acerca de los medicamentos que se van a emplear, para que en base a la información, pueda tomar la decisión de si tomar o no el medicamento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. La intención de esta información no es asustarlo(a) o alarmarlo(a), sino que es un esfuerzo para tenerlo(a) mejor informado(a) para que nos de o para conservar su consentimiento/permiso para usar el medicamento que, como su médico, le recomiendo que tome. Para propósitos de este acuerdo se define el uso de la palabra "médico" para incluir no solo a mi medico sino también a los asociados autorizados de mi médico, asistentes técnicos, enfermeras, personal, y cualquier otra persona de atención a la salud que sea necesario o aconsejable para tratar mi estado de salud.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA CON MEDICAMENTOS: Yo voluntariamente le solicito a mi médico (nombre al final de este acuerdo) que me de tratamiento para mi estado de salud el cual se me ha explicado como dolor crónico. Por medio del presente acuerdo autorizo y doy mi consentimiento voluntario para administrar o recetar medicamento(s) peligrosos y/o controlados como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico. Se me ha explicado que estos medicamentos incluyen drogas opioides/narcóticos, que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. También entiendo que estos medicamentos pueden llevarme a dependencia física y/o adicción y pueden, como con cualquier otro medicamento que se emplea en la práctica de medicina, producir efectos o resultados secundarios adversos. Se me han explicado los métodos alternos para tratamiento como se enumeran a continuación, los posibles riesgos involucrados y la posibilidad de que haya complicaciones. Entiendo que este listado no está completo y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que también existe la posibilidad de una fatalidad por ingerir estos medicamentos.

**EL MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS ESPECIFICOS QUE MI MEDICO PLANEA PRESCRIBIR SERA DESCRITO Y DOCUMENTADO EN UN DOCUMENTO SEPARADO DE ESTE ACUREDO. ESTE INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA DIFERENTES PROPOSITOS, LOS CUALES HAN SIDO APROBADOS POR LA COMPANIA DE DROGAS Y EL GOBIERNO (ESTAS PRECRIPCIONES ALGUNAS VECES REFERIDAS COMO "FUERA DE ETIQUETA") .MI MEDICO ME EXPLICARA SU PLAN O SUS PLANES DE TRATAMIENTO Y ESTO SERA DOCUMENTADO EN MI HISTORIA MEDICA.**

SE ME HA INFORMADO Y entiendo que se me harán pruebas y exámenes médicos antes y durante el tratamiento. Esas pruebas incluyen revisiones sin aviso, no anunciadas, para evaluaciones médicas y psicológicas si y cuando se consideren necesarias, y por medio del presente acuerdo doy mi autorización para que se lleven a cabo dichas pruebas y si me rehúso el tratamiento se puede dar por terminado. La presencia de sustancias no autorizadas puede tener como resultado que se me dé de alta como su paciente.

Solo para paciente mujeres: Por lo que yo sé **NO estoy embarazada**

Si no estoy embarazada, usaré anticonceptivos durante mi tratamiento. Acepto que es **MI responsabilidad** informarle inmediatamente a mi médico si me embarazo. **Si estoy embarazada o no estoy segura, LE AVISARE INMEDIATAMENTE A MI MÉDICO.**

Se me han explicado y entiendo completamente todos los posibles efectos de los medicamentos antes mencionados, y que, en la actualidad no se han llevado a cabo suficientes estudios sobre el uso de largo plazo de muchos de los medicamentos p.ej., opioides/narcóticos para asegurar que mis niños(as) aun no nacidos(as) estarán seguros. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para emplear este medicamento y libero de responsabilidad a mi médico por lesiones al embrión/feto/bebé.

ENTIENDO QUE LA MAYORÍA DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE ME PUDIERAN OCURRIR EN EL EMPLEO DE LOS MEDICAMENTOS PARA MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO ESTAN LIMITADOS A LO SIGUIENTE: estreñimiento, náusea, vómito, somnolencia excesiva, comezón, retención urinaria (no poder orinar), hipotensión ortostática (baja presión sanguínea), arritmia (latido irregular del corazón), insomnio, depresión, incapacidad para razonar y falta de criterio, depresión respiratoria (respiración lenta o falta de respiración), impotencia, tolerancia al

medicamento(s), dependencia física y emocional o hasta adicción y muerte. Entiendo que puede ser peligroso que conduzca un automóvil o que maneje maquinaria mientras empleo estos medicamentos y puedo estar incapacitado(a) para todas las actividades, incluyendo el trabajo.

Se me han explicado los métodos alternos para el tratamiento, los posibles riesgos involucrados y la posibilidad de complicaciones, y aun así deseo recibir el medicamento(s) para el tratamiento de mi dolor crónico.

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a obtener control de mi dolor crónico para poder vivir una vida más productiva y activa. Entiendo que puedo tener una enfermedad crónica y que existe una probabilidad limitada de que me cure completamente, pero el objetivo de tomar el medicamento(s) con regularidad es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para que pueda disfrutar una mejor calidad de vida. Entiendo que el tratamiento requerirá que algunas personas empleen este medicamento(s) por períodos prolongados o continuos, pero un tratamiento apropiado también puede significar que eventualmente puedo dejar de emplear todos los medicamentos. El plan de tratamiento va a estar diseñado específicamente para mí. Entiendo que me puedo retirar de este plan de tratamiento y discontinuar el uso del medicamento(s) en cualquier momento y que le notificaré a mi médico si discontinúo el uso. También entiendo que de ser necesario tendré supervisión médica cuando discontinúe el empleo del medicamento.

Se me ha informado que la terapia con este medicamento que me recete mi médico puede involucrar el empleo de un medicamento el cual el fabricante no le ha solicitado a la Administración Federal de Alimentos y Drogas que revise para su seguridad y efectividad para mi estado de salud. La literatura médica actual demuestra que el uso "fuera de la etiqueta" puede ser benéfico para algunos pacientes y entiendo que las dosis que se recomiendan para tratar el dolor crónico algunas veces se exceden para balancear el beneficio y riesgo para el paciente. Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de la terapia con medicamento o cura de cualquier estado médico. El uso prolongado de medicamentos para tratar dolor crónico es controversial debido a la incertidumbre con respecto al beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi estado médico y tratamiento, riesgos de no tratamiento y la terapia con medicamento, tratamiento médico o procedimiento(s) de diagnóstico que se empleara para tratar mi estado y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamento, tratamiento y procedimiento(s) y creo que cuento con suficiente información para dar mi consentimiento.

#### **ACUERDO PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR: ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:**

Que este acuerdo para tratamiento del dolor se relaciona a mi uso de cualquiera y todo medicamento(s) (p.ej., opioides, también se les llama "narcóticos, analgésicos", y otros medicamentos que se receten, etc.) para dolor crónico recetados por mi médico. Entiendo que existen leyes federales y estatales, reglamentos y políticas con respecto al uso y recetar estas sustancias controladas. **Por lo tanto, el medicamento(s) solo se recetará si cumpla con las reglas que se especifican en este Acuerdo.**

**Mi médico puede discontinuar el medicamento(s) en cualquier momento. El no cumplir con cualquiera de las pautas y/o condiciones puede ser causa para que se descontinúe el medicamento(s) y/o se me dé de alta en la atención médica y el tratamiento. Cualquier comportamiento criminal es causa para ser dado(a) de alta inmediatamente:**

- Mi avance se revisará periódicamente y, si el medicamento(s) no mejora mi calidad de vida, **se puede discontinuar el medicamento(s).**
- Yo le **daré a conocer** a mi médico **todos los medicamentos** que tomo en cualquier momento, que me haya recetado cualquier médico.
- Tomaré el medicamento(s) **exactamente como me lo indique mi médico.**
- Estoy de acuerdo en **no** compartir, vender o de lo contrario permitir a otras personas, incluyendo a mi familia y amistades, tener acceso a estos medicamentos.
- **No permitiré o ayudaré a que se haga mal uso/desviación de mi medicamento, ni lo daré o venderé a ninguna otra persona.**
- Todo medicamento(s) se debe obtener en **la misma farmacia.** Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, se le debe informar a mi médico. Solo usaré una farmacia y le proporcionaré a mi farmacólogo una copia de este acuerdo. Si es necesario, autorizo a mi médico que le proporcione a mi farmacólogo mi historial médico.
- Entiendo que se surtirá mi medicamento(s) con regularidad. Entiendo que mi receta(s) y mi medicamento(s) son como dinero. **Si se pierden o me los/las roban NO SE PUEDEN REEMPLAZAR.**
- Las recetas **no serán surtidas antes de la fecha programada.** Sin embargo, se permite que se surtan las recetas antes del tiempo programado cuando vaya a viajar y puedo hacer arreglos por adelantado antes de la fecha de partida. De lo contrario, no espero recibir medicamento(s) adicional antes de que me toque surtir mi siguiente receta, aunque se me termine el medicamento(s).



- Recibiré medicamento **solo de UN medico** a no ser que sea una emergencia o el medicamento que me está recetando otro medico sea autorizado por mi médico. Información sobre el hecho de que estoy recibiendo medicamento(s) recetado por otros médicos que no ha sido autorizado por mi médico puede ser causa de que se descontinúe el medicamento(s) y tratamiento.
- Si le parece a mi medico que no hay beneficios en mi función diaria o en la calidad de vida como resultado del medicamento(s) que estoy tomando, entonces **mi medico puede probar un medicamento(s) alternativo o me puede reducir lentamente todos los medicamentos**. No responsabilizaré a mi medico por problemas causados por descontinuar el medicamento(s).
- **Estoy de acuerdo en hacerme pruebas de orina y/o sangre** en cualquier momento y sin previo aviso, para detectar el uso de medicamentos no recetados y recetados. Si la prueba resulta positiva para sustancias ilegales, el tratamiento para dolor crónico se puede dar por terminado. También, si es necesario se consultará a, o se referirá a, un experto para someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado tal como un especialista en el tratamiento de adicciones o un médico que se especialice en la desintoxicación y rehabilitación y/o terapia/psicoterapia de comportamiento cognitivo
- Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo el cual puede mejorar con terapia física, psicoterapia, atención médica alterna, etc. También reconozco **que mi participación activa** en el tratamiento del dolor es extremadamente importante. Estoy de acuerdo en **participar activamente en todos los aspectos del programa de tratamiento del dolor** que recomienda mi médico para lograr aumentar mis funciones y mejorar mi calidad de vida.
- Estoy de acuerdo en **informar a cualquier médico** que me pueda atender por cualquier otro problema(s) médico que estoy participando en el programa de tratamiento del dolor, ya que el empleo de otros medicamentos me puede causar daño.
- Por medio del presente acuerdo **autorizo a** mi medico que discuta todos los detalles del diagnóstico y tratamiento con mi otro medico(s) y farmacólogo(s) con respecto a mi empleo de medicamentos recetados por mi otro medico(s).
- Tengo que tomar el medicamento(s) conforme a las indicaciones de mi médico. **Cualquier aumento en la dosis del medicamento(s) que no esté autorizado** se puede considerar como causa para descontinuar el tratamiento.
- Debo asistir a **todas las citas** como lo recomienda mi medico si no se puede descontinuar mi tratamiento. Certifico y estoy de acuerdo con lo siguiente:
  - 1) **No estoy usando actualmente drogas ilegales ni estoy abusando de medicamento(s) recetados** y no estoy en tratamiento por dependencia (adicción) o abuso de sustancias. He leído y echo este acuerdo en completo uso de mis facultades y no bajo la influencia de cualquier sustancia que pueda incapacitar mi juicio.
  - 2) **Nunca me he visto(a) involucrado(a)** en la venta, posesión ilegal, mal uso/desviación o transporte de sustancia(s) controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.).
  - 3) **No se ha hecho ninguna garantía ni se me han asegurado** los resultados que se pueden obtener del tratamiento de dolor crónico. Con completo conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento de dolor crónico, ya que me doy cuenta que me proporcionará una oportunidad para llevar una vida más productiva y activa.
  - 4) He revisado los efectos secundarios del medicamento(s) que se puede emplear en el tratamiento de mi dolor crónico. **Entiendo completamente las explicaciones con respecto a los beneficios y riesgos de este medicamento(s) y estoy de acuerdo en usar este medicamento(s) en el tratamiento de mi dolor crónico.**

Firma de Paciente o Representate: \_\_\_\_\_

Información de contacto de su farmacia: \_\_\_\_\_