**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Este acuerdo describe las condiciones para recibir recetas de sustancias controladas. Está diseñado para garantizar la seguridad, el cumplimiento de las regulaciones y el respeto mutuo entre el paciente y el equipo de tratamiento.

**Términos del Acuerdo**

**1. Solicitudes y Reposición de Medicamentos**

* Entiendo que las reposiciones de sustancias controladas no se procesarán a través de la línea de emergencia nocturna o de fin de semana.
* Estoy de acuerdo en solicitar las reposiciones con al menos 5 días hábiles de anticipación antes de quedarme sin medicamentos.
* Entiendo que los medicamentos no se repondrán más de 2 días antes de la fecha programada, y debo permitir tiempo para el procesamiento.
* Solo llamaré una vez para solicitar una reposición. Llamadas repetidas pueden retrasar el procesamiento.

**2. Almacenamiento y Pérdida de Medicamentos**

* Almacenaré mis medicamentos en un lugar seguro y protegido.
* No se proporcionarán reposiciones de emergencia ni anticipadas bajo ninguna circunstancia si los medicamentos se pierden, son robados o dañados, incluso con un reporte policial.

**3. Uso de Medicamentos**

* Tomaré los medicamentos exactamente como se me prescribieron y no alteraré la dosis ni la frecuencia sin aprobación del proveedor.
* No compartiré, venderé ni regalaré mis medicamentos por ningún motivo.

**4. Otros Proveedores y Divulgación de Medicamentos**

* No recibiré medicamentos controlados de otros proveedores. Entiendo que al hacerlo anulo este acuerdo y ya no podré recibir medicamentos controlados de esta oficina.
* Informaré al equipo de tratamiento sobre todos los medicamentos que estoy tomando, incluidos los de venta libre o suplementos, para que puedan monitorearse posibles interacciones.

**5. Uso de Sustancias**

* No usaré sustancias ilícitas o ilegales, incluida la marihuana, a menos que esté legalmente recetada y aprobada por la clínica.
* Acepto someterme a pruebas toxicológicas aleatorias a discreción del proveedor.
* Un resultado positivo o la negativa a realizar la prueba puede resultar en la terminación inmediata de este acuerdo.

**6. Cumplimiento de Citas**

* Seré visto por mi proveedor cada 3–4 meses para el monitoreo del medicamento.
* Entiendo que si pierdo una cita programada o no me presento, no se repondrá mi medicamento hasta que sea evaluado nuevamente.
* Múltiples citas perdidas constituyen una violación de este acuerdo.

**7. Comportamiento Esperado**

* Trataré a todo el personal y a los proveedores con respeto y cortesía.
* El abuso verbal, amenazas o acoso de cualquier tipo puede resultar en la terminación de este acuerdo y la expulsión de la práctica.

**Reconocimiento del Acuerdo**

Entiendo la importancia de cumplir con las condiciones anteriores para garantizar el uso seguro y responsable de sustancias controladas. Acepto cumplir con todos los términos y entiendo que cualquier violación puede resultar en la interrupción de los medicamentos y/o la expulsión de la práctica.

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

☐ El paciente recibió una copia de este acuerdo
**Iniciales del Paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_
**Iniciales del Personal:** \_\_\_\_\_\_\_\_