

SPORTS MEDICINE OREGON

ACUERDO DE PRESCRIPCIONES

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR

Yo entiendo que soy responsable de notificar a la clínica sobre mi farmacia preferida y de llamarle a la farmacia por lo menos 2 días en avance por si necesito rellenar mi prescripción. Yo entiendo que puede tomar hasta 48 horas antes de que la prescripción sea rellenada. **SU RECETA NO SERÁ RELLENADA DESPUÉS DE LAS 12:00PM LOS VIERNES NI DURANTE EL FIN DE SEMANA**, tenga en cuenta su necesidad de medicamentos necesitados para su tratamiento para que no se quede sin medicamentos. Yo entiendo que algunas prescripciones necesitan ser escritos a mano y recogidos en la clínica.

PRESCRIPCIONES DE FÁRMACOS ANTI-INFLAMATORIOS (AINE)

Yo entiendo que los AINE no son de efecto inmediato y pueden tomar una semana antes de notar el efecto. Los AINE pueden causar problemas gastrointestinales, como la diarrea, dolor estomacal, y somnolencia, aunque estos efectos secundarios son casos raros. Yo los tomare en casa para ver como reacciono. Estoy de acuerdo de que no tomare ningún medicamento de que compre en la farmacia como él Advil, Aleve, o Ibuprofeno. Si es necesario tengo la libertad de tomar Tylenol como no es un AINE.

PRESCRIPCIONES NARCÓTICOS

Si mi doctor me receta narcóticos para mi condición o tratamiento, yo entiendo que hay riesgos asociados como la, adicción, constipación, cambios en la coordinación, obstrucción intestinal, pérdida del deseo sexual o el rendimiento, también cambios de apetito, hábitos de sueño, o personalidad. **Depresión respiratoria** también puede ser causada por los narcóticos y puede causar dificultad para respirar, especialmente a los quienes fuman frecuentemente, a los quien tienen enfermedad pulmonar. **Yo les informare sobre mi frecuencia de fumar** para que podamos discutir los riesgos.

Las interacciones de la medicina pueden incrementar los riesgos asociados con los narcóticos. La interacción más importante es mezclar con el alcohol. Yo les informare sobre mis hábitos de beber alcohol para que podamos discutir los riesgos asociados con beber alcohol y tomar narcóticos.

También yo les informare de todos los medicamentos que estoy tomando mientras tome los narcóticos, incluyendo los medicamentos de venta libre, por la razón de que pueden tener interacciones con narcóticos que estaré tomando.

Para minimizar los riesgos y asegurar una supervisión adecuada, Estoy de Acuerdo:

- De regresar a mis visitas de seguimiento acuerdo con el tiempo requerido por mi doctor
- De reportar cualquier cambio de mi estado mental o cualquier reacción adversa
- De obtener los exámenes de laboratorio ordenado por mi doctor, incluyendo niveles de sangre, y examen toxicológico de la orina
- De cumplir con cualquier consultación considerado necesario
- **NO** mezclar alcohol con narcóticos
- **NO** parar de tomar mis medicamentos de repente porque puede causar dolor repentino o síntomas
- **NO** obtener narcóticos de otro doctor al menos de que la clínica sea notificada

Yo entiendo de que si mis medicamentos narcóticos son perdidos, robados, destruidos, etc., o si son consumidos temprano, no podre recibir una nueva receta antes del tiempo recomendado de rellenar la receta.

Firma del Paciente:

Fecha: _____
