



**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)**

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

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 cumplo con las reglas que se especifican en este Acuerdo.**

**Mi medico 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 medico.
- Tomaré el medicamento(s) **exactamente como me lo indique mi medico.**
- 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) alterno o me puede reducir lentamente todos los medicamentos.** No responsabilizaré a mi medico por problemas causados por discontinuar 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 discontinuar el tratamiento.
- Debo asistir a **todas las citas** como lo recomienda mi medico si no se puede discontinuar 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 el/la Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de el/la Médico(a) (o Asistente Debidamente Autorizado(a))

\_\_\_\_\_  
Nombre e información de contacto para la farmacia