

Spine Diagnostic & Pain Treatment Center
Acuerdo de tratamiento

Yo, _____ me comprometo a utilizar sustancias controladas (narcóticos, calmantes para el dolor, píldoras para dormir, píldoras de nervio) en el tratamiento de mi dolor sólo según lo prescrito para mí por mi médico de Spine Diagnostic. Sé que cuando dejo de los medicamentos, yo debo hacerlo lentamente y bajo supervisión médica para evitar los síntomas de abstinencia. Entiendo que detener sustancias controladas de repente puede resultar en posible paro cardíaco, agorrotamiento, daño permanente, invalidez o muerte.

Por favor escriba sus **INICIALES** en cada espacio y firme a continuación.

_____ Entiendo que si violo cualquiera de los términos de este acuerdo, mi médico tratante puede despedirme de la práctica.

_____ Nunca he estado involucrado en la venta, posesión ilegal, trasvase o transporte de las sustancias controladas prescritas.

_____ Yo actualmente no estoy abusando de drogas ilícitas de venta y yo no estoy en tratamiento por dependencia de sustancias o abuso.

_____ No maltratare ni abusare de las sustancias controladas, lo que significa que estoy de acuerdo en tomar los medicamentos como fue escrito para mí y durará el periodo de tiempo que fue escrito. Mis medicamentos no serán compartidos, regalados o vendidos. No tomare medicación de otra persona. NO iré a la sala de emergencias para el manejo del dolor de mi afección crónica por la cual mi doctor está actualmente tratando me.

_____ No obtendré ni buscare sustancias controladas de cualquier otro médico a menos que esté aprobado por el médico de Spine Diagnostic. Revelare al médico de Spine Diagnostic en cada visita todos los médicos, por quien estoy tratando, la finalidad del tratamiento y las recetas que los médicos han prescrito para mí.

_____ Soy responsable para asegurarme de que mi medicación no se acabara en fines de semana ni en días festivos. La clínica no emitirá recetas fuera de horas.

_____ Estoy de acuerdo de abstener de toda droga que pueda alterar mi mente/modo esto incluye el alcohol, al menos que mi doctor lo autorize, y consiento para pantallas de drogas hecho al azar de orina, sangre y pelo así como cuenta píldora al azar. Al fracasar a cumplir con esto resultará en el despido inmediato de la práctica. Entiendo que los resultados de la pantalla de droga pueden prestarse a mis otros proveedores de salud, compañía de seguros u otras agencias de reembolso. También autorizo a cualquier otro proveedor de atención médica, farmacia y aplicación de la ley del organismo judicial para liberar cualquier información pertinente sobre mis recetas o resultados en pantalla de orina/sangre.

_____ Doy mi consentimiento a mi médico, sus asociados y personal médico para comunicarse directamente con mi farmacia para obtener información sobre mi historial de prescripción. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquier privilegio aplicable o derecho de confidencialidad con respecto a la prescripción de mi medicamento para el dolor. Autorizo a mi médico de gestión del dolor y mi farmacia coopere plenamente con cualquier ciudad, Estado o agencia de aplicación de la ley federal, incluyendo la Junta de farmacia de Luisiana, en la investigación de mi posible mal uso, venta o desviación de mi medicamento para el dolor; Autorizo a una copia de este acuerdo que debe facilitarse a mi farmacia y mi asesoramiento médico.

_____ No voy a utilizar otros medicamentos narcoticos, otras sustancias controladas o drogas ilícitas como THC o cocaína y me comprometo a proporcionar a una muestra de orina a petición para detección de Toxicología, bajo el cuidado del mi médico de Spine Diagnostic.

_____ Entiendo que medicamentos y prescripciones extraviadas, pérdidas o robadas no serán reemplazadas y asumo la responsabilidad en salvaguardia mi medicación y aguaradar lo correctamente.

_____ Llegare a mis citas programadas de manera oportuna. Entiendo que si cancelo o no llego a más de dos citas programadas que esto es motivo para ser despedido. Para poder tener mis medicamentos estupefacientes rellenos, de conformidad con la ley del Estado de Louisiana (Ley 488), deberás ser visto en una visita de oficina un mínimo de cada 90 días. Puede escribirse una recarga para que la medicación dure un período de no más de treinta días sin una recarga.

_____ Certifico que no estoy embarazada y no planeo quedar embarazada. También certifico que estoy tomando todas las precauciones, que incluye del uso de anticonceptivos, para evitar que yo quede embarazada mientras esté recibiendo tratamiento.

_____ Yo asumo responsabilidad para el funcionamiento de cualquier tipo de automóvil, vehículos, maquinaria o cualquier tarea potencialmente peligroso mientras esté tomando sustancias controladas que son recetadas por mi médico.

_____ Sustancias controladas puede disminuir la función mental. Asumo la responsabilidad en la toma de cualquier decisión importante legales o de otro tipo mientras este tomando sustancias controladas.

_____ Estoy de acuerdo en cumplir todas las condiciones de mi médico y farmacia para un uso seguro de mis medicamentos.

_____ Seré cortés y respetuoso a todos los funcionarios de oficina; Esto incluye también mi cónyuge, familiares, etc..

_____ Me queda liberar Spine Diagnostic de cualquier reclamación de responsabilidad por daños y perjuicios en caso de pérdida de mi propiedad, incluyendo dinero y joyas.

_____ Me queda dar autorización para el pago de prestaciones del seguro de hacerse directamente al Spine Diagnostic y a todos los médicos que asisten por servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos que no están cubiertos por el seguro. En caso de defecto, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de honorarios de abogados razonables y colecciones. Autorizo a este proveedor de atención médica para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones.

_____ Terapia médica normalmente es sólo una parte del plan de tratamiento general. Estoy de acuerdo en cumplir con todos los demás tratamientos descrito por mi médico, que puede incluir, pero no se limitan a terapia física, ejercicio, estudios de imagen (resonancia magnética, tomografía computarizada, rayos X), evaluaciones/asesoramiento psicológico como ordenado. Si fracaso en seguir el plan de tratamiento descrito por mi médico de gestión de dolor sugiere que ya no estoy de acuerdo con el plan de tratamiento y puede resultar en mi despedida de la práctica.

_____ Estoy de acuerdo en que toda mi información de salud protegida, conforme a las leyes de privacidad HIPAA, pueden ser divulgados a cualquiera de mis médicos tratante que lo soliciten y pueden ser divulgados a todas las personas y entidades a quienes la divulgación está permitida por la ley estatal o federal. Entiendo que mis registros médicos pueden contener información que indica que yo tenga una enfermedad transmisible, que puede incluir, pero no se limita a enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Con este conocimiento, yo doy mi consentimiento a la liberación de toda la información en mis registros médicos, incluida la información sobre mi identidad y libero Spine Diagnostic, sus agentes y sus empleados de responsabilidad en relación con la liberación de la información contenida en él.

_____ Entiendo que soy responsable de recoger mi receta recargas personalmente. Sin embargo, en caso de que físicamente no puedo hacerlo, autorizo la clínica a soltar mis recetas a _____. Además, tengo entendido que la persona autorizada debe tener 18 años o mayor. Será asesorar a esta persona que las instalaciones no emitir la receta (s) sin un ID de la imagen y se espera firmar la declaración de recepción.

Por favor indique a su farmacia _____ y teléfono # _____ Entiendo que es mi responsabilidad, del no la farmacia, para llamar a la Oficina (225) 769-5554, 72 horas de negocio de antemano antes de quedarse sin mis medicamentos.

_____ Firma del Paciente	_____ Firma de Personal	_____ Fecha
-----------------------------	----------------------------	----------------

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: M ___ F ___ Número de Seguridad Social: _____ - _____ - _____

Parte responsable (si es necesario): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____

Teléfono alternativo: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Paciente empleado por: _____

Dirección del empleo: _____

Cónyuge (o responsable) nombre: _____

Fecha de nacimiento de cónyuge: ___/___/___ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

En caso de emergencia, quien deben notificar?: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

¿Ha consultado o consultará con un abogado para esta lesión? Sí No