

Nro. de cuenta del paciente _____

Reglas y aceptación del paciente sobre las sustancias controladas

Los proveedores de atención médica de Mosaic Health se comprometen a hacer todo lo que esté en sus manos para tratar el dolor crónico o la enfermedad de la salud conductual del paciente. En algunos casos, se recetan sustancias controladas para manejar el dolor crónico del paciente o para tratar enfermedades de la salud conductual.

Los organismos federales, estatales y locales regulan estrictamente las sustancias controladas, y este documento se utiliza para establecer las reglas destinadas a proteger tanto al paciente de Mosaic Health como al proveedor de atención médica de Mosaic Health que receta dichas sustancias controladas.

En mi calidad de paciente de Mosaic Health, yo _____ (nombre en letra imprenta), con fecha de nacimiento acepto las reglas que se detallan a continuación, con el objetivo de que un proveedor de atención médica de Mosaic Health me recete una sustancia controlada:

1. **Acepto** que mi proveedor de atención médica de Mosaic Health me recetará todas las sustancias controladas. Además, comprendo que, en caso de que mi proveedor se encuentre ausente, un proveedor sustituto, designado por Mosaic Health, puede obtener la autorización para hacer la receta, a menos que se obtenga una autorización específica a modo de excepción.
2. **Acepto** que no trataré de obtener recetas de sustancias controladas de ningún otro proveedor de atención médica, incluso de dentistas, durante el tiempo en el que reciba sustancias controladas por parte de Mosaic Health.
3. **Acepto** que es ilegal recibir recetas de la misma sustancia controlada por parte de más de un proveedor de atención médica al mismo tiempo y que, en caso de que esto suceda, informaré a mi proveedor de atención médica de Mosaic Health inmediatamente.
4. **Acepto** que es ilegal obtener una receta de una sustancia controlada, o tratar de hacerlo, al tergiversar conscientemente los hechos que se informan al proveedor de atención médica o a su personal, o al ocultarles a estos ciertos hechos conscientemente (esto incluye no informar al proveedor de atención médica o a su personal acerca de todas las sustancias controladas que me fueron recetadas).
5. **Acepto** que es mi deber informar al proveedor de atención médica acerca de todas las drogas que consumo, que compré o que obtuve. Esto incluye los medicamentos de venta libre, dado que no informarlo puede generar interacciones entre drogas o sobredosis, que pueden tener consecuencias dañinas para mí, incluida la muerte.
6. **Acepto** que debo obtener todas las sustancias controladas recetadas en la misma farmacia y que proporcionaré esta información al proveedor de atención médica o miembro del personal de Mosaic Health. Además, acepto que, si necesito cambiar a otra farmacia o proporcionar una farmacia alternativa, debo informarlo al proveedor de Mosaic Health de inmediato.
7. **Acepto** que no compartiré o venderé ninguna sustancia controlada que se me haya recetado, ni permitiré que otras personas, incluso mi cónyuge o algún miembro de mi familia, tengan acceso a dichas sustancias.
8. **Acepto** que colaboraré ante cualquier solicitud no anticipada de una muestra de orina o sangre para pruebas toxicológicas (análisis de drogas) dentro del plazo de un día hábil.
9. **Acepto** que puedo ser dado de baja de los consultorios de Mosaic Health en las siguientes situaciones:



si se detecta la presencia de una sustancia no autorizada en las pruebas toxicológicas (análisis de drogas) realizados a mi orina o sangre, o si el medicamento controlado recetado no se encuentra en la prueba toxicológica de mi orina o sangre.

10. **Acepto** que no consumiré bebidas alcohólicas junto con las sustancias controladas.
11. **Acepto** que no consumiré, compraré u obtendré ninguna otra droga legal, excepto aquellas que un proveedor de atención médica de Mosaic Health autorice específicamente. **Acepto** que no consumiré, compraré u obtendré ninguna droga ilegal, incluso marihuana, cocaína, entre otras.
12. **Acepto** que conducir bajo los efectos de cualquier sustancia, incluso una recetada, o cualquier combinación de sustancias (p. ej., alcohol y drogas recetadas) que perjudiquen mis habilidades para conducir, pueden tener como consecuencia cargos por conducir bajo la influencia (driving under the influence, DUI) de sustancias, lesiones o la muerte.
13. **Acepto** que las recetas escritas de sustancias controladas no pueden reemplazarse si se pierden, roban, mojan, destruyen o extravían, a menos que se proporcione una prueba escrita explícita que contenga evidencia de las autoridades legales.
14. **Acepto** que no se autorizarán las reposiciones anticipadas.
15. **Acepto** que las renovaciones están sujetas a mi cumplimiento con las citas programadas con mi proveedor de atención médica de Mosaic Health o con el proveedor al que haya sido derivado para recibir atención especializada.
16. **Acepto** que no debo solicitar recetas por vía telefónica fuera de los horarios de atención o durante los fines de semana por medio del servicio de recepción de llamadas, ya que no se procederá con la reposición.
17. **Acepto** que, en el caso de ser arrestado o encarcelado por motivos relacionados con drogas legales o ilegales (incluso el alcohol), no se proporcionarán reposiciones o renovaciones de las sustancias controladas.

En mi calidad de paciente de Mosaic Health, **acepto** que no cumplir con estas reglas provocará el fin de las sustancias controladas que se me recetan y la posibilidad de ser dado de baja de todos los consultorios de Mosaic Health. **Asimismo, acepto** que se contactará a oficiales de las fuerzas policiales debido a mi incumplimiento con las leyes federales, estatales o locales.

Finalmente, acepto por medio de mi firma que no me encuentro bajo la influencia del alcohol o las drogas, y que tengo todo el derecho y las facultades para firmar y quedar obligado por estas reglas; acepto que las leí, comprendí y acepté, y que recibí una copia de estas.

Firma del paciente

FECHA

**Firma del padre/madre o tutor legal
(si este no puede firmar o es menor de edad)**

Relación con el paciente

Firma del testigo del personal de Mosaic Health

FECHA