



PAIN MANAGEMENT OPIOID AGREEMENT (ACUERDO DEL USO DE OPIOIDES PARA MANEJO DEL DOLOR)

The purpose of this agreement is to give you necessary information about the medications you may be taking for pain management and to assure that you and your pain specialist comply with all State and Federal regulations concerning the prescribing of controlled substances. A trial of opioid therapy can be considered for the moderate to severe pain with the intent of reducing pain and increasing function. The pain specialist's goal is for you to have the best quality of life possible given the reality of your clinical condition. The success of your treatment depends on the mutual trust and honesty between you and your pain specialist and your full understanding and agreement of the risk and benefits of using opioids (morphine-like) to treat your pain. (El propósito de este acuerdo es brindarle la información necesaria sobre los medicamentos que puede estar tomando para el control del dolor y asegurar que usted y su especialista en dolor cumplan con todas las regulaciones estatales y federales relacionadas con la prescripción de medicamentos de control. Se puede considerar un tratamiento inicial con opioides para casos de dolor moderado a severo con la intención de reducirlo e incrementar funcionamiento. El objetivo del especialista en dolor es que usted tenga la mejor calidad de vida posible, dada la realidad de su condición clínica. El éxito de su tratamiento depende de la confianza y la honestidad que se establezca mutuamente entre usted y su especialista en dolor, también de su comprensión y entendimiento sobre los riesgos y beneficios al usar opioides (similares a la morfina) para tratar su dolor.)

I, [ENTERED BELOW] agree that as part of my treatment for pain that opioid drugs may be prescribed. I understand that these drugs can be very useful, but also have a high potential for misuse and are therefore closely controlled by Local, State, and Federal government. Because my pain specialist is prescribing such medication to help manage my pain, I agree to the following stipulations:

Yo, [ENTERED BELOW] Estoy de acuerdo en que como parte de mi tratamiento para el dolor se puede prescribir medicamentos opioides. Entiendo que estos fármacos pueden ser muy útiles, pero también tienen un alto potencial de abuso y por lo tanto están estrechamente controlados por el gobierno local, estatal y federal. Debido a que mi especialista en dolor está prescribiendo este tipo de medicación para ayudar a controlar mi dolor, estoy de acuerdo con las siguientes estipulaciones:

1. I AM RESPONSIBLE FOR MY MEDICATIONS. I agree to take medication ONLY as prescribed. (YO SOY RESPONSABLE DE MIS MEDICAMENTOS. Yo acepto tomar medicamentos SOLAMENTE de la forma en que se me han prescrito.)

A. I understand that increasing my dose without the close supervision of my pain specialist could lead to drug overdose causing severe sedation and respiratory depression, or even death. (Yo entiendo que aumentar mi dosis sin la supervisión cercana de mi especialista de dolor podría conducir a una sobredosis de la medicina causando sedación severa y depresión respiratoria, e incluso la muerte.)

B. I understand that decreasing or stopping my medication without the close supervision of my pain specialist can lead to withdrawal; WITHDRAWAL SYMPTOMS can include yawning, sweating, watery eyes, runny nose, anxiety, tremors, aching muscles, hot/cold flashes, "goose flesh", abdominal cramps, and/or diarrhea. These symptoms can occur 24-48 hours after the last dose and can last up to 3 weeks. (Entiendo que disminuir o suspender mi medicación sin la estrecha supervisión de mi especialista en dolor puede llevar Síndrome de abstinencia; los síntomas de abstinencia pueden incluir bostezos, sudoración, ojos llorosos, secreción nasal, ansiedad, temblores, dolores musculares, sofocos/fríos, "piel de gallina (vello erizado)", calambres abdominales y/o diarrea. Estos síntomas pueden ocurrir 24-48 horas después de la última dosis y pueden durar hasta 3 semanas.)

2. I WILL NOT ACCEPT OR REQUEST CONTROLLED SUBSTANCE MEDICATION FROM ANY OTHER MEDICAL PROVIDER OR INDIVIDUAL WHILE I AM RECEIVING MEDICATION FROM MY PAIN SPECIALIST AT NEVADA COMPREHENSIVE PAIN CENTER. I understand that doing so will result in IMMEDIATE discharge from the practice. (NO ACEPTARÉ O SOLICITARÉ SUSTANCIAS O MEDICINAS DE CONTROL DE CUALQUIER OTRO PROVEEDOR MÉDICO O INDIVIDUO MIENTRAS QUE RECIBA LA MEDICACIÓN DE MI ESPECIALISTA DEL DOLOR DE NEVADA COMPREHENSIVE PAIN CENTER. Entiendo que hacerlo resultará en mi despido inmediato de la práctica.)

3. There are side effects with medication therapy (especially opioids), which may include but not limited to: skin rash, constipation, sexual dysfunction, sleeping abnormalities, sweating, edema, sedation, or the possibility of impaired cognitive (mental status) and/or motor ability. Overuse of opioids can cause decreased respiration (breathing) or even death. (Hay efectos secundarios con el uso de la medicación (especialmente opioides), que pueden incluir, pero no están limitados a: erupción cutánea, estreñimiento, disfunción sexual, trastornos de sueño, sudoración, sedación, edema, o la posibilidad de deterioro cognitivo (estado mental) y/o capacidad motora. El uso excesivo de opioides puede causar disminución de la respiración o incluso la muerte.)

4. It is my responsibility to notify my pain specialist immediately if I need to visit another medical provider or emergency department due to pain. (Es mi responsabilidad notificar inmediatamente a mi especialista del dolor si necesito visitar a otro proveedor médico o servicio de emergencias debido al dolor.)

5. It is my responsibility to notify my pain specialist immediately if I become pregnant. Chronic exposure to medication therapy (especially opioids) during pregnancy increases the risks to the developing fetus. The risk of fetal dependency and neonatal abstinence syndrome is also a concern. (Es mi responsabilidad notificar inmediatamente a mi especialista en dolor si quedo embarazada. La exposición crónica al tratamiento de medicamentos (especialmente los opioides) durante el embarazo aumenta los riesgos para el feto en desarrollo. El riesgo de dependencia fetal y síndrome de abstinencia neonatal también es una preocupación.)

6. I understand that all medication is strictly for my use, especially opioids, and agree NEVER to give or sell any portions of my medication to others as it may endanger that person's health and it is AGAINST THE LAW. (Entiendo que todos los medicamentos son estrictamente para mi uso, especialmente los opioides, y estoy de acuerdo en NUNCA dar o vender parte de mis medicamentos a otros, ya que puedo poner en peligro la salud de esa persona y está CONTRA LA LEY.)

7. I will inform my pain specialist of all medications I am currently taking, including any herbal remedies as they can interact with opioids and produce serious side effects. (Yo informaré a mi especialista en dolor de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, incluyendo cualquier remedio herbal, ya que pueden interactuar con los opioides y producir efectos secundarios graves.)

8. I will return to the clinic as instructed by my pain specialist. (Yo volveré a mis consultas médicas en la clínica según las instrucciones de mi especialista en dolor.)

9. I understand that my prescription will NEVER be mailed to me. If I am unable to obtain my prescriptions monthly, I will transfer my care completely to a new medical provider. (Entiendo que mi receta NUNCA será enviada por correo. Si no puedo obtener mis recetas mensualmente, debo transferir mi cuidado médico por completo a otro proveedor de servicios.)

10. ANY EVIDENCE OF DRUG HOARDING, ACQUISITION OF ANY OPIOID MEDICATION OR ADJUNCTIVE ANALGESIA FROM OTHER MEDICAL PROVIDERS (WHICH INCLUDES EMERGENCY DEPARTMENTS), UNCONTROLLED DOSE ESCALATION OR REDUCTION, LOSS OF MEDICATION OR PRESCRIPTIONS OR FAILURE TO FOLLOW THE AGREEMENT MAY RESULT IN TERMINATION OF THE PROVIDER/PATIENT RELATIONSHIP. (CUALQUIER EVIDENCIA DE ACAPARAMIENTO DE DROGAS, ADQUISICIÓN DE CUALQUIER MEDICAMENTO OPIOIDE O ANALGESICO PROCEDENTE DE OTROS PROVEEDORES MÉDICOS (INCLUYENDO EL SERVICIO DE EMERGENCIAS), INCREMENTO O REDUCCIÓN DE DOSIS NO CONTROLADA, PÉRDIDA DE MEDICAMENTOS O PRESCRIPCIONES O FALLA EN EL SIGUIMIENTO DEL ACUERDO DEL USO DE OPIOIDES PARA MANEJO DEL DOLOR PUEDE RESULTAR EN LA TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN PROVEEDOR/PACIENTE.)

11. I will communicate fully with my pain specialist to the best of my ability at the initial and all follow up visits about my pain levels and functional activity along with any side effects I am experiencing. This information allows my pain specialist to adjust my treatment plan accordingly. (Yo proporcionare la información completa a mi especialista en dolor a lo que dan mis capacidades en la consulta inicial y todas las visitas de seguimiento sobre mis niveles de dolor y actividad funcional junto con los efectos secundarios que estoy experimentando. Esta información permite que mi especialista en dolor ajuste mi plan de tratamiento adecuadamente.)

12. I agree that I will not use ANY illicit substances, such as cocaine, etc. while taking these medications. I am aware that if I do so, this may change my treatment plan, including safe discontinuation of my treatment plan or complete termination of the provider/patient relationship. (Yo acepto que no utilizaré ninguna sustancia ilícita, como la cocaína, etc. mientras esté tomando estos medicamentos. Soy consciente de que, si lo hago, esto puede cambiar mi plan de tratamiento, incluyendo la discontinuación de la medicina de manera segura de mi plan de tratamiento o la terminación completa de la relación proveedor/paciente.)

13. The use of alcohol together with opioid medications is contraindicated. I WILL NOT USE ALCOHOL WHILE TAKING AN OPIOID MEDICATION. (El uso de alcohol junto con medicamentos opioides está contraindicado. NO USARÉ ALCOHOL MIENTRAS TOMO UN MEDICAMENTO OPIOIDE)

14. I AM RESPONSIBLE FOR MY PRESCRIPTIONS, I UNDERSTAND THAT: (YO SOY RESPONSABLE DE MIS PRESCRIPCIONES, Y ENTIENDO QUE:)

A. Refill prescriptions can be written for a maximum of a one-month supply and will be filled at the same pharmacy. (Las prescripciones mensuales de opioides se pueden prescribir para un suministro máximo de un mes y se debe entregar la prescripción en la misma farmacia.)

B. It is my responsibility to schedule appointments for the next refill before I leave the clinic or within three days of the last clinic visit. (Es mi responsabilidad programar mi cita para la próxima consulta antes de salir de la clínica o dentro de los siguientes tres días de la última visita.)

C. I am responsible for keeping my pain medications in a safe and secure place, such as a locked cabinet or safe. I am expected to protect my medications from loss or theft. I am responsible for taking the medication in the dose prescribed and for keeping track of the amount remaining. IF MY MEDICATION IS STOLEN, I WILL FILE A REPORT WITH MY LOCAL POLICE DEPARTMENT AND PROVIDE A COPY OF THE REPORT TO MY PAIN SPECIALIST. If my medications are lost, misplaced, or stolen, my pain specialist may choose not to replace the medications or to taper and discontinue the medications. (soy responsable de mantener mis medicamentos para el dolor en un lugar seguro, como un armario cerrado o caja fuerte. Se espera que proteja mis medicamentos contra la pérdida o el robo. Soy responsable de tomar el medicamento en la dosis prescrita y

llevar un registro de la cantidad restante. SI MI MEDICACIÓN ES ROBADA, VOY A REPORTAR EL INCIDENTER CON MI DEPARTAMENTO DE POLICÍA LOCAL Y PROPORCIONAR UNA COPIA DEL INFORME A MI ESPECIALISTA EN DOLOR. Si mis medicamentos se han perdido, extraviado o han sido robados, mi especialista en dolor puede optar por no reemplazar los medicamentos, disminuir la dosis o suspenderlos.)

D. REFILLS WILL NEVER BE MADE AS AN "EMERGENCY", SUCH AS FRIDAY AFTERNOON BECAUSE I SUDDENLY REALIZE I WILL "RUN OUT TOMORROW". (LAS PRESCRIPCIONES NUNCA SE HARÁN COMO UNA "EMERGENCIA", COMO EL VIERNES EN LA TARDE PORQUE DE REPENTE ME DOY CUENTA DE QUE " MAÑANA NO TENGO MEDICAMENTO".)

E. Prescriptions for pain medication or any other medication will be done only during an office visit and during regular office hours. NO refills of ANY medication will be done on evenings or weekends. (Las prescripciones para medicina de dolor o cualquier otro medicamento se harán sólo durante una visita en la clínica y durante las horas de oficina regulares. NO se prescriben medicamentos de ningún tipo en horas de la noche o fines de semana.)

F. I agree that I must bring back all opioid medications and adjunctive medications prescribed by my pain specialist in the original container/ bottle if requested, so that random pill counts may occur. (Yo estoy de acuerdo en que debo traer de vuelta todos los medicamentos opioides y también los otros medicamentos prescritos por mi especialista en dolor en el envase/frasco original si se solicita, en caso de que se requieran conteos aleatorios (imprevistos) de las medicinas.)

G. I understand and agree that my prescriptions will not be written in advance due to vacations, meetings, or other commitments. (Yo entiendo y acepto que mis medicamentos no serán prescritos por adelantado debido a vacaciones, reuniones u otros compromisos.)

H. I understand that if I miss an appointment for a prescription refill, another appointment will be made once one is available. IMMEDIATE OR EMERGENCY APPOINTMENTS MAY NOT BE GRANTED. (Yo entiendo que, si pierdo la cita para mi prescripción mensual, otra cita será programada dependiendo de la disponibilidad de la clínica. NO SE PUEDEN GARANTIZAR CITAS INMEDIATAS O DE EMERGENCIA.)

15. I understand that "walk-in" appointments for opioid refills may not be granted. (Yo entiendo que las prescripciones mensuales no se pueden obtener sin haber hecho una cita previa.)

16. While physical dependence is to be expected after long-term use of medications, especially opioids, signs of addiction, abuse or misuse shall prompt the need for substance dependence treatment as well as weaning and detoxification from the opioids. (Mientras que la dependencia física puede esperarse después del uso prolongado de medicamentos, especialmente los opioides, los signos de adicción, abuso o mal uso deben requerir tratamiento rápido para la dependencia de sustancias, así como la disminución de la dosis y desintoxicación de los opioides.)

A. Physical dependence is common to many drugs such as blood pressure medications, anti-seizure medications, and opioids. It results in biochemical changes to the point that abruptly stopping these medications can cause a withdrawal response. It should be noted than physical dependence does not equal addiction. One can be dependent on insulin to treat diabetes or dependent on prednisone (steroids) to treat asthma, but one is not addicted to insulin or prednisone. (La dependencia física es común a muchos fármacos como los medicamentos para la presión arterial, los medicamentos anticonvulsivos y los opioides. Esto se traduce en cambios bioquímicos hasta el punto de que al suspender repentinamente estos medicamentos se puede causar una respuesta de abstinencia. Debe tenerse en cuenta que la dependencia física no es igual a la adicción. Uno puede depender de la insulina para tratar la diabetes o depender de la prednisona (esteroides) para tratar el asma, pero uno no es adicto a la insulina o prednisona.)

B. Addiction is a primary, chronic neurobiological disease with genetic, psychosocial and environmental factors influencing its development and manifestation. It is characterized by behavior that includes one or

more of the following: impaired control over drug use, compulsive use, continued use despite harm, and cravings. This means the drug decreases one's quality of life, if I exhibit such behavior, the drug will be tapered, and I will not be candidate for an opioid treatment plan. I will be treated for addiction. (Adicción es una enfermedad neurobiológica crónica primaria con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestación. Se caracteriza por un comportamiento que incluye uno o más de los siguientes: alteración del control sobre el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño, y antojo. Esto significa que el fármaco disminuye su calidad de vida, si yo manifiesto tal comportamiento, la dosis de la medicina será disminuida y no seré candidato para un plan de tratamiento de opioides. Seré tratado por adicción.)

17. Tolerance means a state of adaptation in which exposure to the drug includes changes that result in a lessening of one or more of the drug's effects overtime. The dose of the opioid medication may have to be titrated up or down to a dose that produces maximum function and a realistic decrease of the patient's pain. (Tolerancia significa un estado de adaptación en el que la exposición a la droga incluye cambios que resultan en la disminución de uno o varios de sus efectos después de un periodo de tiempo. La dosis del medicamento opioide puede ser ajustada para ser incrementada o disminuida para producir la función máxima de acuerdo con el nivel realista de dolor del paciente.)

18. If it appears to the pain specialist that there is no improvement in my daily function or quality of life from the controlled substance, my medications may be discontinued. I will gradually reduce my medications as prescribed by my pain specialist. (Si al especialista en dolor le parece que no hay mejoría en mi función diaria o calidad de vida con las medicinas de control, mis medicamentos pueden suspenderse. Yo reduciré gradualmente mis medicamentos según lo prescrito por mi especialista en dolor.)

19. If I have a history of alcohol or drug misuse/ addiction, I must notify the pain specialist of such history since the treatment with opioids for pain may increase the possibility of relapse. A history of addiction does not, in most instances, disqualify one for opioid treatment of pain, but starting or continuing a program for recovery is a necessity. (Si yo tengo un historial de abuso/adicción de drogas o alcohol, debo notificar al especialista del dolor de dicha historia ya que el tratamiento con opioides para el dolor puede aumentar la posibilidad de recaída. Una historia de adicción no descalifica en algunos de los casos para el tratamiento opioide del dolor, pero sugiere la necesidad de comenzar o continuar un programa de recuperación.)

20. I will keep my regular appointments, and two to three days extra of medication, if the prescription ends on a weekend or holiday. I understand and agree to comply with the provision of extra medication which will not be used without explicit permission of the prescribing pain specialist unless an emergency requires your appointment to be deferred one or two days. (Yo mantendré mis citas regulares, además de dos a tres días extras de medicación, si la prescripción termina en un fin de semana o un día festivo. Yo entiendo y acepto cumplir con la provisión extra de medicamentos en que estos no van a ser utilizados sin instrucciones explícitas del especialista del dolor a no ser que una emergencia requiera que mi cita médica sea aplazada por uno o dos días.)

21. I agree and understand that my pain specialist reserves the right to perform random or unannounced urine drug testing. I will cooperate any time I am asked to provide a urine sample. If I decide not to provide a urine sample, I understand that my pain specialist may change my treatment plan, including safe discontinuation of the opioid medications when applicable and/or complete termination of the provider/patient relationship. The presence of a non-prescribed drug(s) in my urine can be grounds for termination of the provider/patient relationship. Urine drug testing is not forensic testing but is done as a diagnostic tool and in accordance with certain legal and regulatory guidelines on the use of controlled substances to treat pain. (Yo acepto y comprendo que mi especialista en dolor se reserva el derecho de realizar pruebas de orina aleatorias o no anunciadas. Cooperaré en cualquier momento que se me pida que proporcione una muestra de orina. Si decido no proporcionar una muestra de orina, entiendo que mi especialista en dolor puede cambiar mi plan de tratamiento, incluyendo la discontinuación segura de los

medicamentos opioides cuando sea aplicable y/o la terminación completa de la relación proveedor/paciente. La presencia de un medicamento (s) no prescrito en mi orina puede ser motivo para la terminación de la relación proveedor/paciente. Las pruebas de drogas en la orina no son pruebas forenses, pero se hacen como una herramienta de diagnóstico y de acuerdo con ciertas pautas legales y reglamentarias sobre el uso de sustancias controladas para tratar el dolor.)

22. I agree to allow my pain specialist to contact any health care professional, pharmacy, legal authority, or regulatory agency to obtain or provide information about my care or actions if the pain specialist feels it is necessary. (Yo acepto permitir que mi especialista en dolor contacte a cualquier profesional de la salud, farmacia, autoridad legal o agencia reguladora para obtener o proporcionar información sobre mi cuidado o acciones si el especialista en dolor siente que es necesario.)

23. I will complete the annual Opioid Assessment Tool that screens me for potential risk of abuse, dependency, and addiction. (Yo completaré la evaluación anual de opioides la cual es una herramienta que me valora los riesgos potenciales de abuso, dependencia y adicción.)

24. I understand that non-compliance with ANY of the above-mentioned conditions may result in a re-evaluation of my treatment plan and discontinuation of my medications especially opioid therapy. I may be gradually taken off these medications or even discharged from Nevada Comprehensive Pain Center. (Yo entiendo que el incumplimiento de cualquiera de las condiciones mencionadas anteriormente puede resultar en una reevaluación de mi plan de tratamiento y la interrupción de mis medicamentos, especialmente la terapia con opioides. Es posible que gradualmente me quiten estos medicamentos o incluso la cancelación de los servicios médicos de Nevada Comprehensive Pain Center.)

25. I may ask my pain specialist and/or pharmacist for the availability of an opioid-antagonist (e.g., Naloxone, naltrexone). (Yo podría preguntarle a mi especialista en dolor y/o farmacéutico si hay disponibilidad de un opioide antagonista (p. ej., naloxona, naltrexona).)

26. The CDC does not recommend the concomitant use of benzodiazepines along with opioids. If you are taking a benzodiazepine, consult with your primary care provider to switch you to a non-benzodiazepine for your condition. (El CDC no recomienda el uso concomitante de benzodiazepinas junto con opioides. Si está tomando una benzodiazepina, consulte con su proveedor de atención primaria para cambiar a una no-benzodiazepina para su condición.)

27. Should I wish not to take controlled substances, alternative means of treating my pain are available (e.g., physical therapy, procedures, non-opioid medications, etc.) (Si deseo no tomar sustancias controladas, se dispone de medios alternativos para tratar mi dolor (p. ej., fisioterapia, procedimientos, medicamentos no opioides, etc.))

28. Your prescription fill activity will be reviewed through use of the Board of Pharmacy's multi-state drug data base, demonstrating the pharmacy, provider and state you filled controlled substances. (Su registro de prescripciones médicas será revisado a través del uso de base de datos multiestatal de medicamentos de la comisión farmacéutica, con el fin de demostrar a la farmacia, el proveedor y el estado el reporte de sus prescripciones de sustancias controladas.)

I, [ENTERED BELOW] have read the above information or it has been read to me and all my questions have been answered regarding the treatment of pain with opioids. I hereby give my consent to participate in the opioid medication therapy and acknowledge understanding and receipt of this document.

(Yo, [ENTERED BELOW] He leído la información anterior o se me ha leído y todas mis preguntas han sido respondidas con respecto al tratamiento del dolor con opioides. Por la presente doy mi consentimiento para participar en la terapia de medicamentos opioides y acepto que comprendo y recibo este documento.)



INFORMED CONSENT FOR CONTROLLED SUBSTANCE THERAPY FOR PAIN (AUTORIZACION ESCRITA PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR CON MEDICAMENTOS DE CONTROL)

1. My medical provider may prescribe pain medications, including controlled substances, I have discussed with my medical provider the important provisions of the treatment plan established for me in a clear and simple manner. (Mi proveedor de servicios médicos puede recetar medicamentos para el dolor, incluyendo medicinas de control. He discutido con mi proveedor médico las condiciones importantes del plan de tratamiento establecido para mí de una manera clara y simple.)
2. Every pain medication, including controlled substances, has different benefits and risks in the treatment of my symptoms. (Cada medicamento para el dolor, incluidas las medicinas de control, tienen diferentes beneficios y riesgos en el tratamiento de mis síntomas.)
3. Before I accept and utilize a prescribed pain medication, I will discuss non-opioid, alternative means of treatment for my symptoms. (Antes de aceptar y comenzar a usar un medicamento que ha sido recetado para el dolor, discutiré tratamientos alternativos no opiáceos para mis síntomas.)
4. Before I accept and utilize a prescribed pain medication, I will discuss with my medical provider the potential risks and benefits of treatment using controlled substances, including if a form of the controlled substance that is designed to deter abuse is available and the risks and benefits of using that form. (Antes de aceptar y comenzar a usar un analgésico recetado, discutiré con mi proveedor médico los posibles riesgos y beneficios del tratamiento con medicamentos de control, incluso si está medicina de control está diseñada para prevenir el abuso, también los riesgos y beneficios al usar esa presentación.)
5. I understand that if I decide to take these medications, I may experience certain reactions or side effects that could be dangerous, including sleepiness or sedation, constipation, nausea, itching, allergic reactions, problems with thinking clearly, slowing of my reactions, or slowing of my breathing. (Entiendo que si decido tomar estos medicamentos, puedo experimentar ciertas reacciones o efectos secundarios que pueden ser peligrosos, como somnolencia o sedación, estreñimiento, náuseas, picazón, reacciones alérgicas, problemas para pensar con claridad, enlentecimiento, o disminución de la respiración.)
6. I understand that if I decide to take these medications, it may not be safe for me to drive a car, operate machinery, or take care of other people. If I feel sedated, confused or otherwise impaired by these medications, I should not do things that would put other people at risk for being injured. (Entiendo que si decido tomar estos medicamentos, puede ser peligroso el conducir un automóvil, operar maquinaria o cuidar a otras personas. Si me siento sedado, confundido o afectado por estos medicamentos, no debería hacer cosas que pondrían a otras personas en riesgo de lesionarse.)

7. I understand that if I decide to take these medications regularly, I will become physically dependent on them, meaning my body will become accustomed to taking the medications every day, and I would experience withdrawal sickness if I stop them or cut back on them too quickly. Withdrawal symptoms feel like having the flu, and may include abdominal pain, nausea, vomiting, diarrhea, sweating, body aches, muscle cramps, runny nose, yawning, anxiety, and sleep problems. (Entiendo que si decido tomar estos medicamentos regularmente, dependeré físicamente de ellos, lo que significa que mi cuerpo se acostumbrará a tomar los medicamentos todos los días, y experimentaré un síndrome de abstinencia si los suspendo o los reduzco muy rápido. Los síntomas de abstinencia son similares a tener gripe y pueden incluir dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, sudoración, dolores en el cuerpo, calambres musculares, secreción nasal, bostezos, ansiedad y problemas para dormir.)
8. I understand that if I decide to take these medications, I may become addicted to these medications and require addiction treatment if I cannot control how I am using them, or if I continue to use them even though I am having bad or dangerous things happen because of the medications. I have discussed with my medical provider the proper use of the controlled substance. (Entiendo que si decido tomar estos medicamentos puedo volverme adicto a estos medicamentos y requerir tratamiento de adicción si no puedo controlar cómo los estoy usando, o si continúo usándolos aunque ocurran cosas malas o peligrosas debido a los medicamentos. He discutido con mi proveedor médico el uso adecuado de la sustancia controlada.)
9. I understand that if I decide to take these medications anyone can develop an addiction to pain medications, but people who have had problems with mental illness or with controlling drug or alcohol use in the past are at higher risk. I have told my medical provider if I or anyone in my family has had any of these types of problems. (Entiendo que si decido tomar estos medicamentos, cualquiera puede desarrollar adicción a medicinas para el dolor, pero las personas que han tenido problemas con enfermedades mentales o abuso de drogas o alcohol en el pasado corren un mayor riesgo. Le he informado a mi proveedor de servicios médicos si yo o alguien de mi familia ha tenido alguno de estos problemas.)
10. I understand that if I decide to take these medications, I will discuss with my medical provider the methods to safely store and legally dispose of the controlled substance. I understand that prescriptions should always be stored in a secure place and out of the reach of children and other family members. To safely dispose of unused medications, I can return my medications in the bottle to a local pharmacy, a local drug-take back day, a local police or sheriff substation in my community, or I may safely dispose of them by dissolving them in a Deterra® bag, which maybe be available for purchase at my pharmacy. (Entiendo que si decido tomar estos medicamentos, discutiré con mi proveedor de atención médica los métodos para almacenar y eliminar de manera segura la medicina de control. Entiendo que los medicamentos siempre deben guardarse en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños y otros miembros de la familia. Para deshacerme de manera segura de los medicamentos que no se han usado, los puedo devolver en el frasco a una farmacia local, programas con días específicos para devolución de medicamentos, policía local o una subestación del sheriff en mi comunidad, o puedo deshacerme de ellos de manera segura disolviéndolos en un La bolsa Deterra®, que puede estar disponible para la compra en la farmacia.)
11. I understand that if I decide to take these medications, I will discuss with my medical provider the manner in which the medical provider will address requests for refills of the prescription. (Entiendo que si decido tomar estos medicamentos, discutiré con mi proveedor medico la manera en que debo cumplir los requisitos necesarios para renovar las prescripciones.)
12. The CDC does not recommend the concomitant use of benzodiazepines along with opioids. If you are taking a benzodiazepine, consult with your primary care provider to switch you to a non-benzodiazepine for your condition. (El CDC no recomienda el uso asociado de benzodiazepinas con opioides. Si está tomando una benzodiazepina, consulte con su Doctor de atención primaria para cambiar su medicamento por uno diferente a las benzodiazepinas para su condición.)

13. I understand that, due to the risk of possible overdose resulting from use of controlled substances, the opioid overdose antidote naloxone (Narcan®) is now available without a prescription. I may obtain naloxone (Narcan®) from a pharmacist. (Entiendo que, debido al riesgo de una posible sobredosis como resultado del uso de medicinas de control, naloxona (Narcan®) es el antídoto para una sobredosis y ya está disponible sin receta médica. Puedo obtener naloxona (Narcan®) de un farmacéutico.)
14. I understand that Nevada law requires that this agreement be should be updated and signed every 365 days. (Entiendo que la ley de Nevada requiere que este acuerdo sea actualizado y firmado cada 365 días.)
15. For Women: It is my responsibility to tell my medical provider immediately if I think I am pregnant or if I am thinking about getting pregnant. I understand the risk to a fetus of chronic exposure to controlled substances during pregnancy, including, without limitation, the risks of fetal dependency on the controlled substance and neonatal abstinence syndrome. (Para mujeres: Es mi responsabilidad informar a mi proveedor médico inmediatamente sí creo que estoy embarazada o si estoy pensando en embarazarme. Entiendo los riesgos para un feto al estar expuesto crónicamente a medicinas de control durante el embarazo, incluidos, entre otros, los riesgos de dependencia fetal a medicinas de control y el síndrome de abstinencia neonatal.)
16. I understand that attempting to reduce my pain is my responsibility, and that the treatment of pain with controlled substances carries with it some additional responsibilities of which my medical provider has made me aware. The purpose of this agreement is to help both me and my medical provider comply with the law. (Entiendo que tratar de reducir mi dolor es mi responsabilidad, y que el tratamiento del dolor con medicinas de control conlleva a algunas responsabilidades adicionales de las cuales mi proveedor médico me ha informado. El propósito de este acuerdo es ayudarnos tanto a mí como a mi proveedor médico a cumplir con la ley.)

I have reviewed this form and have had the chance to ask any questions. I understand each of the statements written here and by signing give my consent for possible treatment of my pain condition with medications which may include controlled substances. I understand that Nevada Comprehensive Pain Center medical providers practice as part of a care-team. This agreement applies to any medical provider or location I may initiate treatment with, or transfer to in the future. (He revisado esta forma y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Entiendo cada una de las declaraciones que se han escrito y al firmar doy mi consentimiento para iniciar un posible tratamiento de mi condición de dolor con medicamentos que pueden incluir medicinas de control. Entiendo que los proveedores médicos de Nevada Comprehensive Pain Center practican como parte de un equipo de atención. Este acuerdo se aplica a cualquier proveedor médico o ubicación en la que pueda iniciar el tratamiento o ser transferirlo en el futuro.)



Controlled Substance Medication History (Historia Médica de Medicinas de Control)

If you have ever used medications to treat your pain, please answer the following (Si alguna vez ha usado medicamentos para tratar su dolor, por favor responda las siguientes preguntas):

Have you ever taken any controlled substance that did not have the desired effect? (¿Ha tomado algún medicamento de control que no haya tenido el efecto deseado?) Yes No

Are you currently using any drugs, including alcohol or marijuana? (¿Está usando actualmente alguna droga, incluyendo alcohol o marihuana?) Yes No

Are you using any drugs that may negatively interact with a controlled substance? (¿Está usando alguna medicina que pueda interactuar negativamente con un medicamento de control?) Yes No

Are you using any drugs that were not prescribed to you by a treating medical provider? (¿Está usando algún medicamento que no le haya sido recetado por un proveedor médico que lo esté tratando?) Yes No

Have you ever attempted to obtain an early refill of a controlled substance? (¿Alguna vez ha intentado obtener una prescripción antes de tiempo de una medicina de control?) Yes No

Have you ever made any claims that a controlled substance was lost or stolen? (¿Alguna vez ha reportado que su medicina de control ha sido robada o perdida?) Yes No

Have you ever been questioned about your pharmacy DEA report? (¿Alguna vez ha sido cuestionado sobre su reporte de farmacia DEA?) Yes No

Have you ever had a blood/urine test that indicated inappropriate usage of medications? (¿Ha tenido alguna vez un examen de sangre/orina que indique el uso inadecuado de medicamentos?) Yes No

Have you ever been accused of inappropriate behavior or intoxication? (¿Alguna vez ha sido acusado de conducta inapropiada o intoxicación?) Yes No

Have you ever increased the dose or frequency of meds without telling your medical provider? (¿Ha aumentado la dosis o la frecuencia de los medicamentos sin decírselo a su médico?) Yes No

Have you ever had difficulty with stopping the use of a controlled substance? (¿Ha tenido alguna vez dificultades para suspender el uso de una sustancia controlada?) Yes No

Have you ever refused to cooperate with any medical testing or examinations? (¿Se ha negado alguna vez a cooperar con alguna prueba o examen médico?) Yes No

Have you ever had a history of substance abuse of any kind? (¿Ha tenido alguna vez un historial de abuso de sustancias de cualquier tipo?) Yes No

Has there been any change in your health that might affect your medications? (¿Ha habido algún cambio en su estado de salud que pueda afectar sus medicamentos?) Yes No

Have you misused or become addicted to a drug, or failed to comply with instructions? (¿Le ha dado mal uso o se ha vuelto adicto a un medicamento o no ha cumplido con las instrucciones?) Yes No

Are there any other factors that your medical provider should consider before prescribing? (¿Hay otros factores que el médico debe considerar antes de prescribirle?) Yes No

Have you ever diverted a controlled substance to another person? (¿Alguna vez le ha entregado su medicamento de control a otra persona?) Yes No

Have you ever used a control substance in any way other than prescribed? (¿Ha usado alguna vez un medicamento de control de alguna manera que no sea la prescrita?) Yes No

Pain Disability

Please indicate if your pain has affected any of the following activities in the last week. (Por favor indique si su dolor ha afectado alguna de las siguientes actividades en la última semana.)

Family/Home: household chores, yard work, running errands, taking care of family. (Familia/Hogar: tareas domésticas, trabajos de jardinería, recados, cuidado de la familia.) Yes No

Recreation: hobbies, sports, travel, other similar leisure time activities. (Recreación: pasatiempos, deportes, viajes y otras actividades similares de tiempo libre.) Yes No

Social Life: going to the movies, dining out, other social functions. (Vida social: ir al cine, salir a cenar y otras funciones sociales.) Yes No

Work: work hours, productivity while at work, normal job duties. (Trabajo: horas de trabajo, productividad en el trabajo, actividades normales del trabajo.) Yes No

Physical Activities: walking, sitting, standing, lifting, driving. (Actividades físicas: caminar, sentarse, pararse, levantar objetos y conducir.) Yes No

Sleep: going to sleep, staying asleep, finding comfortable position to sleep in. (Dormir: ir a dormir, permanecer dormido y encontrar una posición cómoda para dormir.) Yes No

Concentration: focus, clear thinking, mental agility, memory. (Concentración: enfoque, pensamiento claro, agilidad mental, memoria.) Yes No

Mood: anxious, depressed, angry. (Estado de ánimo: ansioso, deprimido, enojado.) Yes No

Opioid Assessment Tool

The following are questions given to all patients who are on or being considered for opioids medications. This information is for our records and will remain confidential. Please answer the questions below using the following scale:

1. How often do you have mood swings?

- 0 | Never
- 1 | Seldom
- 2 | Sometimes
- 3 | Often
- 4 | Very Often

2. How often do you smoke a cigarette within an hour after you wake up?

- 0 | Never
- 1 | Seldom
- 2 | Sometimes
- 3 | Often
- 4 | Very Often

3. How often have you taken medication other than the way that it was prescribed?

- 0 | Never
- 1 | Seldom
- 2 | Sometimes
- 3 | Often
- 4 | Very Often

4. How often have you used illegal drugs (for example, cocaine, etc.) in the past five years?

- 0 | Never
- 1 | Seldom
- 2 | Sometimes
- 3 | Often

4 | Very Often

5. How often, in the last 5 years, have you had legal problems or been arrested?

0 | Never

1 | Seldom

2 | Sometimes

3 | Often

4 | Very Often

Total:

Las siguientes son preguntas que se le hacen a todos los pacientes que están tomando o siendo considerados para medicamentos opiáceos. Esta información es para nuestros archivos y será confidencial. Por favor responda las preguntas usando la siguiente escala:

1. ¿Con qué frecuencia le cambia el estado de ánimo?

0 | Nunca

1 | Rara Vez

2 | A Veces

3 | A Menudo

4 | Muy A Menudo

2. ¿Con que frecuencia se fuma un cigarrillo en la primera hora después de levantarse?

0 | Nunca

1 | Rara Vez

2 | A Veces

3 | A Menudo

4 | Muy A Menudo

3. ¿Con que frecuencia ha tomado medicamentos en una dosis diferente a la prescrita?

0 | Nunca

1 | Rara Vez

2 | A Veces

3 | A Menudo

4 | Muy A Menudo

4. ¿Con que frecuencia ha utilizado drogas ilegales (por ejemplo cocaína, etc.) en los últimos cinco años?

0 | Nunca

1 | Rara Vez

2 | A Veces

3 | A Menudo

4 | Muy A Menudo

5. ¿Con qué frecuencia, en los últimos 5 años, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?

0 | Nunca

1 | Rara Vez

2 | A Veces

3 | A Menudo

4 | Muy A Menudo

Total:



Telemedicine Informed Consent (información Para La Aprobación Del servicio de Telemedicina)

Telemedicine services involve the use of secure interactive telephonic/videoconferencing equipment and devices that enable medical providers to deliver health care services to patients when located at different sites.

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos seguros de telefonía interactiva / videoconferencia que permiten a los proveedores del área de la salud brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en otros lugares.

1. I understand that the same standard of care applies to a telemedicine visit as applies to an in-person visit.

Entiendo que el mismo nivel de atención se aplica a una visita de telemedicina que a una visita en persona.

2. I understand that I will not be physically in the same room as my medical provider. I will be notified of and my consent obtained for anyone other than my healthcare provider present in the room.

Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor médico. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona adicional que esté presente diferente a mi proveedor de atención médica.

3. I understand that there are potential risks to using technology, including service interruptions, interception, and technical difficulties.

Entiendo que existen riesgos potenciales para el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, interferencias y dificultades técnicas.

a. If it is determined that the telephonic/videoconferencing equipment and/or connection is not adequate, I understand that my medical provider or I may discontinue the telemedicine visit and make other arrangements to continue the visit.

Si se determina que el equipo y / o la conexión telefónica o de videoconferencia no son adecuados, entiendo que mi proveedor médico o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar con el servicio.

4. I understand that I have the right to refuse to participate or decide to stop participating in a telemedicine visit, and that my refusal will be documented in my medical record

Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi decisión se documentará en mi historial médico.

b. I may revoke my right at any time by contacting Nevada Comprehensive Pain Center in writing at 2809 W. Charleston Blvd., Suite 150 Las Vegas, NV 89102.

Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándome por escrito con Nevada Comprehensive Pain Center al 2809 W. Charleston Blvd., Suite 150 Las Vegas, NV 89102.

5. I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of health care information apply to telemedicine services.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.

6. I understand that my health care information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes.

Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación.

c. I understand that my insurance carrier will have access to my medical records for quality review/audit.

Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para realizar una revisión / auditoría de la calidad de servicios.

d. I understand that I will be responsible for any out-of-pocket costs such as copayments or coinsurances that apply to my telemedicine visit.

Entiendo que seré responsable de cualquier costo adicional, como copagos o porcentajes que se apliquen a mi visita de telemedicina.

e. I understand that health plan payment policies for telemedicine visits may be different from policies for in-person visits.

Entiendo que los costos de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de los costos para las visitas en persona.

7. I understand that this document will become a part of my medical record.

Entiendo que este documento formará parte de mi historia clínica.

By signing this form, I attest that I (1) have personally read this form (or had it explained to me) and fully understand and agree to its contents; (2) have had my questions answered to my satisfaction, and the risks, benefits, and alternatives to telemedicine visits have been shared with me in a language I understand; and (3) am located in the state of Nevada and will be in Nevada during my telemedicine visit(s).

Al firmar esta forma, certifico que (1) lo he leído personalmente (o me lo han explicado) y entiendo y acepto completamente su contenido; (2) me han contestado satisfactoriamente mis preguntas con respecto a los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina en un idioma que entiendo; y (3) resido y estaré en el estado de Nevada durante mi (s) visita (s) de telemedicina.

Signature: _____

Date: _____