



- Ephrata Community Hospital
- The Gettysburg Hospital
- The Good Samaritan Hospital of Lebanon
- Phillhaven

- WellSpan Medical Group
- WellSpan Surgery and Rehabilitation Hospital
- York Hospital

If label not available, please fill in below.

NAME: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS (AMC) WELLSPAN HEALTH (CONTROLLED SUBSTANCE AGREEMENT (CSA) WELLSPAN HEALTH)

**AMC debe ser discutido nuevamente (después de 1 año de haberse firmado):** \_\_\_\_\_

**¿Tiene el paciente un AMC con otro proveedor? Si es así, ¿Con quién?** \_\_\_\_\_

Estos medicamentos están controlados por leyes especiales estatales y federales, por el riesgo de abuso y/o adicción. Estos medicamentos incluyen opioides (narcóticos) medicamentos para el dolor, medicamentos para el ADHD (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad), medicamentos para la ansiedad y medicamentos para ayudarle a dormir.

Para asegurar su salud y la seguridad suya y de su comunidad, el sistema de salud de WellSpan y usted, deben tener un acuerdo basado en los siguientes términos antes de prescribirle los medicamentos controlados. No cumplir con el Acuerdo de Medicamentos Controlados (AMC) puede resultar en que el sistema de salud de WellSpan no pueda recetar sus medicamentos controlados debido a nuestra preocupación por su seguridad.

**Se dió educación acerca de (marque):**  Medicamentos opioides  Medicamentos estimulantes  Benzodiazepinas

Otros: \_\_\_\_\_

### COMO PACIENTE ME COMPROMETO A:

- Recibir mis medicamentos controlados únicamente en esta oficina. Si recibo CUALQUIER medicamento controlado de cualquier otro lugar, yo llamaré a esta oficina el siguiente día laborable
- Hacerle saber a mis proveedores de salud acerca de este acuerdo de sustancias controladas, incluyendo las salas de emergencias y centros de urgencias
- No faltar a mis citas requeridas
- Usar otros tratamientos que me sean recomendados
- Pedir que se me renueven mis recetas solamente durante las horas de oficina y por lo menos 2 días laborables antes de que se acabe mi medicina
- Usar mis medicamentos como están prescritos y no pedir que se me renueve la receta antes de tiempo
- Mantener mis medicamentos en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños. Yo entiendo que los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados
- No compartir mis medicamentos ni venderlos a nadie
- No usar drogas de la calle o ninguna forma de marijuana sin permiso
- Contar las pastillas y hacerme exámenes de droga en la orina cuando me lo pidan aun si yo tengo que pagar por el examen
- Tratar a mi equipo de cuidado con dignidad y respeto

**Yo he leído (o me han leído) y estoy de acuerdo con toda la información dada arriba:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

### COMO OFICINA MEDICA NOS COMPROMETEMOS A:

- Proteger la privacidad de su información médica como es requerido por la ley. Nosotros podemos compartir información, como el uso o sospechas de mal uso de sustancias controladas con otros proveedores de salud
- Hacer lo mejor que podamos para ayudarlo a funcionar mejor, aun si es necesario disminuir o suspender sus medicamentos controlados
- Recetar sus medicinas de acuerdo con las normas médicas
- Ayudarle a evitar los efectos secundarios, mal uso, abuso y adicción
- Trabajar con usted para disminuir los medicamentos controlados si el riesgo de la medicina es más que el beneficio que usted puede obtener de las mismas
- Comunicarle si tenemos preocupación acerca del mal uso de los medicamentos controlados y si es necesario ayudarlo a curar su adicción
- Por ley reportar al departamento de transporte de cualquier problema o drogas que puedan causar incapacidad para conducir un auto de manera segura
- A cumplir con las leyes federales y estatales, como chequear los récords computarizados cuando se prescriben medicamentos controlados
- Siempre tratar a nuestros pacientes con dignidad y respeto como compañeros en su cuidado

**Estoy de acuerdo en hacer a mi oficina responsable de la información dada arriba:**

\_\_\_\_\_  
Firma del médico o proveedor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Práctica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

