



# Acuerdo de manejo de medicinas



**Provider:** Please complete this Medication Management Agreement with your Alliance member, and fax a copy to the Alliance at 1-877-793-8504.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de la Alianza: \_\_\_\_\_

**Comprendo que:**

- Mi doctor me recetó medicina para manejar mi dolor y para que así pueda hacer actividades que no puedo hacer ahora por el dolor. Estas actividades incluyen: \_\_\_\_\_
- La medicina para el dolor puede mejorar mi dolor, pero es posible que no me quite todo el dolor.
- Mi doctor puede cambiar o detener el uso de la medicina para el dolor si la medicina no me ayuda a hacer las cosas que no puedo hacer ahora.
- Hay un riesgo de que pueda hacerme adicto a la medicina para el dolor. Si esto sucede o si no uso la medicina como se indica, mi doctor puede detener su uso.

**Yo:**

- Sólo obtendré mi medicina para el dolor en la oficina del doctor \_\_\_\_\_ y de la farmacia \_\_\_\_\_.
- Tomaré la medicina para el dolor exactamente como lo indique mi doctor.
- Permitiré que mi doctor hable con otros doctores sobre mis problemas de salud.
- Sólo pediré que resurtan mi medicina durante una consulta en la oficina del doctor (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.).
- Le diré al doctor si recibo medicina para el dolor de parte de otro doctor o en la sala de emergencia.
- Mantendré mi medicina para el dolor en un lugar seguro Y fuera del alcance de los niños.
- Permitiré que mi doctor analice mi orina o sangre para ver qué otras medicinas o drogas estoy tomando.
- Llevaré toda la medicina para el dolor que no me haya tomado a cada consulta en la oficina del doctor, si mi doctor me lo pide.

Las medicinas cubiertas por este acuerdo incluyen: **(Por favor use letra de molde.)**

| Medicinas | Dosis | Como la tomo | Cantidad por mes |
|-----------|-------|--------------|------------------|
|           |       |              |                  |
|           |       |              |                  |

**Yo NO:**

- Usaré medicinas que sean de otra persona, compartiré, venderé ni comerciaré mi medicina para el



# Acuerdo de manejo de medicinas



dolor con nadie más.

- Consumiré drogas ilegales (como metanfetaminas, heroína, cocaína, etc.).
- Cambiaré la forma en que tomo mi medicina sin preguntarle a mi doctor.
- Pediré a mi doctor resurtidos adicionales de la medicina si me acabo el suministro o pierdo la medicina antes de la siguiente consulta con mi doctor.

**Comprendo que si no sigo estas reglas, mi doctor:**

- Dejará de recetarme medicina para el dolor y puede pedirme que yo vea a otro doctor para mi cuidado médico.
- Podría referirme a un programa de tratamiento para el abuso de las drogas o del alcohol.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Provider name: \_\_\_\_\_

Practice NPI: \_\_\_\_\_

Rendering Provider NPI: \_\_\_\_\_

Provider signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_