



**Donald Cassaday, M.D.**  
**Francis Batin, M.D.**  
**Michele Caballero, F.N.P.**

2390 E. Florida Avenue, Suite 101 Hemet, CA 92544  
(951) 925-1449  
<https://drcassaday.health/>

### Acuerdo de Sustancias Controladas

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y acepto voluntariamente lo siguiente:

\_\_\_\_\_ Cumpliré (y llegaré a tiempo) a todas mis citas programadas con el proveedor u otros miembros del equipo de tratamiento.

\_\_\_\_\_ Participaré en todos los demás tipos de tratamiento que se ordenen para mi atención y tratamiento. Esto puede incluir fisioterapia, estudios radiológicos o psicoterapia.

\_\_\_\_\_ Mantendré mis medicamentos seguros, protegidos y fuera del alcance de los niños. Si el medicamento se pierde o es robado, entiendo que no se volverá a surtir antes de tiempo y es posible que no se renueve en absoluto.

\_\_\_\_\_ Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo a menos que discuta el cambio con mi proveedor o un miembro del equipo de tratamiento.

\_\_\_\_\_ No llamaré entre citas, fuera del horario de atención o los fines de semana para solicitar recargas. No solicitaré que la farmacia se comunique con el proveedor para obtener resurtidos. Entiendo que las recetas se surtirán solo durante el horario de oficina programado.

\_\_\_\_\_ Me aseguraré de tener una cita para recargas. Entiendo que las citas para recargas no serán citas urgentes el mismo día.

\_\_\_\_\_ Siempre trataré al personal de la oficina con respeto. Entiendo que, si soy irrespetuoso con el personal o interrumpo el cuidado de otros pacientes, se interrumpirá mi tratamiento.

\_\_\_\_\_ No venderé ni compartiré mi medicamento con otros. Entiendo que, si lo hago, se detendrá mi tratamiento.

\_\_\_\_\_ Firmaré un formulario de divulgación para permitir que el proveedor hable con todos los demás proveedores que veo.

\_\_\_\_\_ Le diré al médico todos los demás medicamentos o suplementos que tomo y llamaré a la oficina de inmediato si tengo una receta para un nuevo medicamento para evitar interacciones con otros medicamentos.

\_\_\_\_\_ Usaré solo una farmacia para mis medicamentos controlados:

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No recibiré analgésicos opioides u otros medicamentos que puedan ser adictivos, como benzodiazepinas (Klonopin, Xanax, Valium, Ativan) o estimulantes (Ritalin, Adderall, Amphetamine) sin llamar al proveedor antes de surtir esa receta. Entiendo que el uso de cualquier medicamento controlado no prescrito bajo este contrato puede resultar en la terminación de la atención.

\_\_\_\_\_ Me han informado que tomar una combinación de opioides y benzodiazepinas me pone en riesgo de sufrir consecuencias negativas, como: mayor riesgo de sobredosis y muerte, mayor riesgo de suicidio y peores resultados del tratamiento. Trabajaré con mi proveedor para disminuir y disminuir mi uso de benzodiazepinas y hacer la transición a un medicamento más seguro según se considere apropiado.

\_\_\_\_\_ No usaré drogas ilegales como heroína, cocaína, metanfetaminas u otras. Entiendo que, si lo hago, se detendrá mi tratamiento y seré remitido a un tratamiento por abuso de sustancias.



**Donald Cassaday, M.D.**  
**Francis Batin, M.D.**  
**Michele Caballero, F.N.P.**

2390 E. Florida Avenue, Suite 101 Hemet, CA 92544  
(951) 925-1449

<https://drcassaday.health/>

\_\_\_\_ Cumpliré con todas las pruebas de drogas y el conteo de píldoras según lo solicitado y dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud. Entiendo que debo mantener la oficina al día con mi información de contacto. Acepto pagar todos los costos asociados con las pruebas de detección de drogas que no estén cubiertos por mi seguro.

\_\_\_\_ Avisaré a la oficina inmediatamente si pierdo mi seguro. Entiendo que la oficina no permite visitas en efectivo para sustancias controladas.

\_\_\_\_ Entiendo que puedo perder mi derecho a recibir tratamiento en esta oficina si rompo alguna parte de este acuerdo. Aquí en (Nombre de la oficina/PromiseCare) nos comprometemos a trabajar con usted en su esfuerzo por mejorar y mantener una calidad de vida razonable.

**Para ayudarlo a lograr esto, acordamos que:**

Le ayudaremos a programar citas periódicas para reposición de medicamentos. Si debemos cancelar o reprogramar su cita por cualquier motivo, nos aseguraremos de que tenga suficiente medicamento para durar hasta su cita.

Nos aseguraremos de que este tratamiento sea lo más seguro posible. Revisaremos periódicamente para asegurarnos de que no experimente efectos secundarios negativos. Si determinamos que el riesgo de los medicamentos supera el beneficio, los reduciremos de manera segura o los derivaremos para un tratamiento que pueda ser más seguro y/o más efectivo.

Realizaremos un seguimiento de sus recetas y realizaremos pruebas de uso de drogas con regularidad para ayudarlo a sentir que está siendo monitoreado.

Lo derivaremos a otras formas de tratamiento, si es necesario, para ayudarlo con su condición.

Trabajaremos con cualquier otro proveedor que esté consultando para garantizar que reciba un tratamiento seguro y eficaz.

Si se vuelve adicto a estos medicamentos y muestra signos y síntomas de abuso de sustancias, lo ayudaremos a recibir tratamiento y dejar los medicamentos de manera segura.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Fecha de nacimiento      Nombre del paciente      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor      Nombre del proveedor      Fecha