

# CONTRATO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES DE CAREMEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_ FARMACIA: \_\_\_\_\_

Como paciente de CareMedica, al recibir tratamiento con sustancias controladas, acepto libre y voluntariamente este contrato de tratamiento de la siguiente manera:

1. Acepto asistir puntualmente a todas mis citas programadas.
2. Acepto cumplir con la política de pago descrita por este consultorio.
3. Acepto comportarme de manera cortés en el consultorio.
4. Acepto no vender, compartir ni entregar mis medicamentos a otra persona. Entiendo que el mal manejo de mis medicamentos constituye una violación grave de este acuerdo y podría resultar en la terminación de mi tratamiento sin posibilidad de apelación.
5. Acepto no traficar, robar ni realizar ninguna actividad ilegal o disruptiva en el consultorio.
6. Entiendo que si los empleados de la farmacia donde se surten mis medicamentos observan o sospechan tráfico, robo o cualquier actividad ilegal o disruptiva, dicha conducta se reportará al consultorio de mi médico y podría resultar en la terminación de mi tratamiento sin posibilidad de apelación.
7. Acepto que mi medicamento/receta solo me será entregado en mis visitas regulares al consultorio. Si no recibo una cita, podría no poder obtener mi medicamento/receta hasta la siguiente cita programada.
8. Acepto no obtener medicamentos de ningún otro médico, farmacia u otra fuente sin informar a mi médico tratante.
9. Acepto que los medicamentos que recibo son mi responsabilidad y los guardaré en un lugar seguro. Acepto que los medicamentos perdidos no se reemplazarán, independientemente del motivo.

10. Acepto tomar mi medicación según las indicaciones de mi médico y no modificar la forma en que la tomo sin consultar primero con mi proveedor.
11. Acepto aceptar marcas genéricas de mis medicamentos recetados cuando mi médico lo considere apropiado.
12. Acepto que, si mi médico considera que la sustancia controlada no ofrece beneficios demostrables para mi funcionamiento diario o mi calidad de vida, reduciré gradualmente la dosis de mi medicación según las indicaciones.
13. Acepto abstenerme del abuso de alcohol y del consumo de marihuana, cocaína y otras sustancias adictivas.
14. Acepto proporcionar muestras de orina y que mi médico me analice los niveles de sangre cuando me lo solicite.
15. Acepto notificar al consultorio de inmediato sobre cualquier cambio en la póliza de seguro o la pérdida de la cobertura del seguro médico. No informar sobre el cambio o la pérdida del seguro médico podría resultar en la interrupción de mi tratamiento sin posibilidad de apelación.
16. Acepto asistir a todas las citas recomendadas. Si no me presento a una cita programada se cobrará un cargo de \$50.00 y puede resultar en la terminación de mi tratamiento sin ningún recurso de apelación.
17. Como paciente, me someteré a pruebas de drogas en orina, tanto programadas como aleatorias. Si mi seguro no cubre estas pruebas, seré responsable de un cargo mínimo de \$20.00 que se pagará al momento de mi visita.
18. Entiendo que la medicación por sí sola podría no ser suficiente para tratar mi afección y acepto participar en la terapia según lo acordado con mi proveedor y especificado en mi plan de tratamiento.
19. Acepto programar todas mis citas al menos 2 o 3 días hábiles antes de mi última dosis disponible.

**Entiendo que el incumplimiento de cualquiera o todas las condiciones anteriores puede ser motivo de la interrupción inmediata del tratamiento y, posiblemente, el alta de CareMedica.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_