



Patient name: _____ DOB: _____

ACUERDO DE TRATAMIENTO DE OPIOIDES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este acuerdo, afirmo que he leído y comprendido el Acuerdo de tratamiento con opioides y que se me proporcionó el consentimiento informado. Tengo todo el derecho y el poder de estar sujeto a este acuerdo que he leído, entendido y aceptado estos términos. **El incumplimiento del acuerdo puede ser términos para la interrupción de la terapia con opioides y el posible despido de la práctica y que el tratamiento puede interrumpirse sin** acuerdo del paciente. Una copia de estos acuerdos está disponible a pedido y en nuestro sitio web de práctica.

Firma del paciente _____ Fecha: _____

PAQUETE DE SEGURIDAD DE OPIOIDES

Al firmar este acuerdo, declaro que he leído y se me entregó el Paquete de seguridad para opioides. Entiendo que tiene información valiosa para mi seguridad y políticas de oficina detalladas que debo cumplir. Una copia de este paquete está disponible a pedido y en nuestro sitio web.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Evaluación de Riesgo de Opioides

Por favor SOLO ✓ marque la casilla si la categoría se aplica a usted

		Office Use Only	
		Do Not Mark Here	
		<i>f</i>	<i>m</i>
✓	¿Tiene alguien en su FAMILIA que haya ABUSADO		
	¿Alcohol?	1	3
	¿Drogas ilegales?	2	3
	¿Medicamentos con receta?	4	4
	¿Tiene antecedentes PERSONALES de ABUSO de sustancias de		
	¿Alcohol?	3	3
	¿Drogas ilegales?	4	4
	¿Medicamentos con receta?	5	5
	¿Tiene entre 16 y 45 años?		
	Si	1	1
	¿Tiene antecedentes PERSONALES de abuso sexual preadolescente?		
	Si	3	0
	¿Tiene antecedentes PERSONALES de enfermedad psicológica?		
	Trastorno por déficit de atención, trastorno obsesivo compulsivo, bipolar, esquizofrenia	2	2
	Depresión	1	1
	NINGUNO DE LAS CATEGORÍAS ANTERIORES ME APLICAN	0	0