

JAMES R. DETTLING, M.D

801 S. RANCHO DR., # F-2

LAS VEGAS, NV. 89106

CONTRATO DE MEDICAMENTO

EL PROPOSITO DEL CONTRATO ES PARA EVITAR EL MALENTENDIDO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO PARA EL DOLOR. ESTO ES PARA AYUDAR A UD., Y A NOSOTROS EN OBEDECER LA LEY CON RESPECTO AL MEDICAMENTO DE DROGAS.

YO TENGO ENTENDIDO QUE EL DOCTOR ME TRATARA EN ENTENDER EL CONTRATO.

YO NO PUEDO VENDER, COMPARTIR O DAR MI MEDICAMNETO A NADIE.

NO PUEDO TRATAR DE OBTENER PARA NADA MEDICAMENTO DE DOLOR DE OTRO DOCTOR O DEL CUARTO DE EMERGENCIA, POR MIENTRAS QUE ESTE TRATANDO CON EL DR. DETTLING. SOLO EL DR. DETTLING PUEDE DAR MAS MEDICAMNETO PAR EL DOLOR.

YO VOY EVITAR EL PERDIDO Y EL ROBO DE MI MEDICAMENTO. NO SE REPONERA EL MEDICAMENTO QUE A CIDO PERDIDO Y ROBADO.

SOLO SE RENOVARA LA RECETA EN LA OFICINA DURANTE MI VISITA O DURANTE LAS HORAS REGULARES DURANTE LA SEMANA. NO SE RENOVARA LA RECETA DESPUES DE LAS SPM DURANTE LA SEMANA O EL FIN DE SEMANA.

YO ENTIENDO QUE SE NECESITA A LO MINIMO 3 DIAS PARA RENOVAR LA RECETA. YO ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR LA OFICINA CON SUFICIENTE TIEMPO.

AUTORIZO A MI DOCTOR Y A MI FARMACIA QUE DEN TOTALMENTE COOPERACION CON LA LEY PARA QUE INVESTIGEN LA POSIBILIDAD DEL MALUSO DEL MEDICAMENTO.

ESTOY DE ACUERDO DE RENDIR A UNA PRUEBA DE SANGRE O ORINA SI ES SOLICITADO POR EL DOCTOR PARA DETERMINAR QUE NO ABUSO EL MEDICAMNETO.

YO ESTOY DE ACUERDO QUE TOMARE MI MEDICAMNETO AL DOSIS QUE A CIDO RECETADO. SI AUMENTO EL DOSIS SIN EL AUTORIDAD DEL DOCTOR ME SUSPENDERAN ME PRESCRIPCION.

YO ENTIENDO QUE DEBO DE COMINCARME CON LA OFICINA PARA EL DIA SEGUIENTE DESPUES DE RECIBIR MI PRESCRIPCION, SI HAY EFECTOS O EL DOLOR ES INSOPRTABLE CON EL MEDICAMENTO. TAMBIEN TENGO QUE DAR EL NOMBRE DE LAS MEDICINAS QUE YO E PARADO DE TOMAR ANTES DE TRATAR CON EL DR. DETTLING.

YO AUTORIZO A MI DOCTOR QUE COMUNIQUE CON MIS OTROS DOCTORS DE SALUD EN EL ASUNTO QUE TIENE QUE VER CON EL MEDICAMNETO QUE ESTOY TOMANDO.

YO ESTOY DE ACUERDO DE SEGUIR LAS DIRECTRICES QUE HAN CIDO COMPLETAMNETE EXPLICADO. Y QUE TODAS MIS PREGUNTAS HAN CIDO CONTESTADAS; Y TMABIEN ME HAN DADO COPIA DE ESTA FORMA.

YO ENTIENDO QUE SI ROMPO EL CONTRATO, MI DOCTOR PARARA LAS PRESCRIPCIONES PARA EL CONTROL DEL DOLOR:

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma Del Doctor: _____

Fecha: _____