

Prestige Pain Centers P.C.

OFFICE POLICY ON MEDICATION & URINE DRUG SCREEN
POLIZA DE LA OFICINA SOBER LOS MEDICAMENTOS Y LAS PRUEBAS DE ORINA

Please initial on each line after reading

Favor de poner sus iniciales en cada línea después de leer

_____ **All opioids and muscle relaxant medications are prescribed through Prestige Pain Centers P.C. and cannot be obtained from any other provider including emergency rooms, urgent cares, dentists, and hospitals.**

Todo medicamento opiode y relajante muscular es recetado a través de Prestige Pain Centers P.C. y no puede obtenerse de cualquier otro proveedor incluso de las salas de emergencia, los centros de cuidados urgentes, los dentistas y los hospitales.

_____ Refills are done on a month to month basis **only**. Refills require a follow up visit before prescriptions are written. The patient must pick up the script themselves. Refills cannot be called into the pharmacy. Refills or medication changes cannot, and will not be prescribed before they are due.

*Los recambios se recetaran **solamente** de mes en mes. Los recambios requieren una visita mensual antes de que se escriba la nueva receta. El paciente tiene que recoger la receta personalmente. Los repuestos no se llevan a cabo simplemente llamando a una farmacia. Los recambios o los cambios de medicamento no se recetaran antes del periodo en que le toquen.*

_____ If your medications are lost, stolen, or destroyed, they **will not** be replaced even if you have a police report.

Si se le han perdido, robado o se le han destruido los medicamentos, no serán reemplazados aun teniendo un reporte de policía.

_____ If you have difficulty with a medication that has been prescribed to you, please call the office to report the problem and make an appointment to be evaluated.

Si tiene alguna dificultad con el medicamento que se le ha recetado, favor de llamar a la oficina para reportar el problema y haga una cita para se reevaluado.

_____ We strongly urge patients to make your next monthly follow up visit for medications at the time of your last visit. Please do not wait until your medication is out or a few days before due to limited availability for appointment.

Le rogamos a los pacientes que hagan la cita para la visita mensual para reponer los medicamentos estando en la última visita. Favor de no esperar hasta que se le agote la medicina o hasta que le falten pocos días para agotarse, dado que hay un número limitado de citas disponibles.

_____ Urine drug screens are required for all patients receiving opioid prescriptions. You must provide an adequate sample. No opioids will be prescribed until you are able to. **If unable to provide a sample** within designated time, you will not receive prescription that day and will need to reschedule your appointment. If you are unable to provide a sample, you will not receive prescription that day and will need to reschedule your appointment. If you are scheduled and are still unable to provide a sample you will be asked to reschedule your appointment.

*Son obligatorios los análisis de orina para la detección de drogas para todo paciente que reciba recetas de opioides. Usted **tendrá** que proveer una muestra adecuada. No se le recetaran opioides antes de que usted cumpla con esto.*

*Si usted **no puede proveer la muestra dentro del periodo de tiempo designado, no recibirá la receta ese día y tendrá que hacer una nueva cita para otro día. Si usted no puede proveer una muestra, no recibirá su receta ese mismo día y tendrá que reprogramar su cita. Si a usted se le ha programado un acita y aun no puede proveer la muestra se le tendrá que reprogramar su cita para otro día.***

_____ You can face discharge of opioid therapy if you test positive on your urine drug screen for any illegal substances, and other opioid not prescribed by this office, or test negative for medication you are prescribed by our office.

Usted podrá ser despedido o se le podrá dar de alta de la terapia de opioides si usted da un resultado positivo en el análisis de orina para cualquier sustancia ilegal, para cualquier opioide que no haya sido recetado por esta oficina o si da un resultado negativo para el medicamento que le fue recetado por nuestra oficina.

_____ I am consenting to, and aware that Prestige Pain Centers P.C. will be searching each month for pharmacy reports to insure compliance of our policies, misuse of medications etc. Failure to consent to these searches each month will result in no medications being provided during my care as per the policy of our practice. Injections and physical therapy would still be offered to patient.

Yo autorizo y estoy consciente que Prestige Pain Centers P.C. revisara cada mes el reporte farmacéutico para asegurar que las pólizas están siendo Enforzadas, mal uso de medicamentos, etc... Si usted se niega a dar autorización, por póliza de la oficina, sus recetas médicas no serán abastecidas durante su cuidado médico. Tratamiento de Inyecciones y terapia física serán aun ofrecidas.

_____ We are interventional pain management facility. We do not provide medications for patients unless they are completing the intervention treatments prescribed for them. **If you are scheduled for an injection/treatment, and cancel or "no show" 3 times, you are subject to being weaned off opioid medications and/or candidate for discharge from our practice.**

Somos una oficina de manejo de dolor intervencional. Nosotros no proveemos medicamentos para pacientes al menos que estén recibiendo tratamiento intervencional. Si usted se le ha hecho una cita para inyecciones/tratamiento y cancela o "no se presenta" a su cita 3 veces seguidas puede resultar a ser dado de baja de los medicamentos y se convierte en candidato para ser dado de baja de nuestra práctica.

_____ I understand that I may be prescribed potentially dangerous medication and that, if taken improperly, it may lead to excess sedation, respiratory depression and DEATH.

Yo comprendo que es posible que se me recete un medicamento potencialmente peligroso y que si yo lo tomo de forma inapropiada puede que cause sedación, depresión respiratoria y MUERTE.

_____ If you have a **MEDICAL MARIJUANA CARD**, we will be happy to provide physical therapy and interventional pain treatments to treat your pain. We will **NOT** prescribe narcotic medications in conjunction with medical marijuana.

Si usted tiene una tarjeta médica para marihuana nosotros le podremos proveer terapia física y tratamiento intervencional para tratar su dolor. La oficina NO le recetara medicamentos narcóticos juntamente con la marihuana.

_____ I will not give, lend, or sell my prescriptions to other people.

Yo no les daré, les prestare, ni les venderé mis recetas a otras personas.

_____ I have read and understand the policies on medication refills and urine drug screens and agree to abide by them.

Yo he leído y comprendo las pólizas vigentes sobre los recambios de medicamentos y los análisis de orina para detección de drogas. He recibido una copia y me comprometo a cumplir con ellas.

_____ I have read and understand the policies and the risks of taking opioids medications while pregnant and agree to abide by them.

Yo he leído y comprendo las polizas y riesgos de consumir opioides durante el embarazo y me comprometo a cumplir con ellas.

Print Name (Nombre)

Date (Fecha)

Signature (Firma)

Date (Fecha)