

Consentimiento Informado y Acuerdo para Opioides / Sustancias Controladas en Adultos

Steve Truman DDS Inc (D Street Dental)

1099 D Street, San Rafael, CA 94901 · (510) 883-3011 · Oficial de Privacidad: Dr. Steve Truman

Propósito de Este Formulario

Su dentista puede recetarle un analgésico fuerte llamado **opioide** durante un periodo corto después de un procedimiento dental. Este formulario explica para qué sirve el medicamento, los riesgos y beneficios, otras opciones que puede usar en su lugar, y las reglas que ambos acordamos seguir si usted lo toma. Por favor léalo con atención y háganos cualquier pregunta antes de firmar. Debe conservar una copia.

Este formulario es para **pacientes adultos (mayores de 18 años)**. Es un punto de partida para una conversación con su dentista, no un reemplazo de ella.

1. Su Medicamento y Lo Que Trata

- **Nombre del paciente:** [_____]
- **Fecha de nacimiento:** [_ / _ / _]
- **Nombre y concentración del medicamento (opioide):** [_____]
- **Afección dental o dolor que trata:** [_____]
- **Cómo tomarlo (dosis / con qué frecuencia / máximo por día):** [_____]
- **Duración esperada del uso:** Este medicamento está destinado únicamente para uso de **corto plazo** — generalmente alrededor de **[número] días**. No está destinado para dolor de largo plazo o continuo.

Los opioides tratan el dolor. **No** tratan la causa de su problema dental. Es posible que aún necesite otra atención dental para resolver el problema de fondo.

2. Riesgos del Medicamento Opioide

Según la ley de California, su dentista debe hablar con usted sobre los riesgos del medicamento opioide. Por favor lea cada riesgo a continuación. Los opioides pueden causar daños graves, incluso cuando se toman según las indicaciones.

- **Dependencia física.** Su cuerpo puede acostumbrarse al medicamento, de modo que suspenderlo de golpe causa síntomas de abstinencia (como sudoración, temblores, náuseas o sensación de malestar).
- **Tolerancia.** Con el tiempo, la misma dosis puede dejar de funcionar tan bien, por lo que puede parecer que necesita más para obtener el mismo alivio.
- **Trastorno por consumo de opioides / adicción.** Algunas personas desarrollan un fuerte impulso de seguir usando opioides y no pueden parar, incluso cuando el medicamento les está causando problemas en su vida. Esta es una enfermedad tratable, y el riesgo es mayor para algunas personas que para otras.
- **Sobredosis y MUERTE.** Tomar demasiado — o mezclar opioides con ciertas otras cosas — puede hacer más lenta o detener su respiración y causar la muerte. **Este riesgo es mucho mayor cuando los opioides se combinan con alcohol, benzodiazepinas (medicamentos para la ansiedad o los "nervios" como Xanax, Valium o Klonopin), o medicamentos para dormir.** No los combine.
- **Depresión respiratoria (respiración lenta o detenida).** Los opioides pueden hacer que su respiración sea peligrosamente lenta o superficial. Esta es la principal forma en que los opioides causan la muerte.
- **Somnolencia y conducción afectada.** Los opioides pueden darle sueño, mareos o hacer que reaccione lentamente. **No conduzca, no opere maquinaria, ni haga nada que requiera toda su atención** hasta que sepa cómo le afecta este medicamento.
- **Estreñimiento y náuseas.** Los opioides comúnmente causan estreñimiento, náuseas, vómitos o malestar estomacal.
- **Riesgos durante el embarazo.** Si se toman durante el embarazo, los opioides pueden dañar al bebé y pueden causar **síndrome de abstinencia neonatal por opioides** — una afección grave en la que un recién nacido pasa por abstinencia después del nacimiento. Díganos de inmediato si está o podría estar embarazada.

Su riesgo personal puede ser mayor. La probabilidad de dependencia, adicción o sobredosis es mayor para las personas con antecedentes personales o familiares de trastorno por consumo de sustancias (problemas con el alcohol, los opioides u otras drogas) o ciertas afecciones de salud mental (como depresión o ansiedad). Por favor informe a su dentista sobre cualquiera de estas para que podamos evaluar su riesgo individual. **Este formulario no reemplaza el juicio individual de su dentista sobre si un opiode es adecuado para usted.**

3. Beneficios

- Los opioides pueden brindar **alivio de corto plazo del dolor moderado a intenso** después de ciertos procedimientos dentales cuando otros analgésicos no son suficientes.
- Un buen control del dolor puede ayudarle a descansar, comer y recuperarse con mayor comodidad durante los primeros días después del tratamiento.

Mi dentista habló conmigo sobre los beneficios del medicamento opioide para el dolor. Iniciales del paciente: [_____]

4. Alternativas (Otras Formas de Controlar el Dolor)

Muchas personas obtienen un buen alivio del dolor dental **sin** opioides. Su dentista habló con usted sobre estas opciones:

- **Acetaminofén** (Tylenol)
- **AINE / ibuprofeno** (Advil, Motrin) y medicamentos antiinflamatorios similares
- **Combinar acetaminofén e ibuprofeno** (combinación sin opioides) — esto a menudo funciona igual de bien o mejor que los opioides para el dolor dental
- **Hielo / compresas frías** para reducir la inflamación y el dolor
- **Descanso, elevación y seguir sus instrucciones de cuidado posterior**

Mi dentista habló conmigo sobre estas alternativas sin opioides. Iniciales del paciente: [_____]

5. Verificación de CURES / Base de Datos de Recetas

Antes de recetar, y según lo exige la ley de California, su dentista verificará la base de datos **CURES** (Sistema de Revisión y Evaluación del Uso de Sustancias Controladas de California, el Programa Estatal de Monitoreo de Medicamentos Recetados / PDMP). Esta base de datos muestra las recetas de sustancias controladas que ha recibido, lo que nos ayuda a recetar de manera segura.

Entiendo que mi dentista verificará la base de datos CURES/PDMP antes de recetar. Iniciales del paciente: [_____]

6. Nuestro Acuerdo (Por Favor Marque Cada Casilla)

Si tomo este medicamento opioide, acepto lo siguiente:

- [] **Tomaré el medicamento únicamente según las indicaciones** de mi dentista, y no con más frecuencia ni en dosis más altas de las recetadas.
- [] Obtendré mis recetas de opioides de **un solo recetador** y las surtiré en **una sola farmacia**.
- [] Entiendo que **no habrá resurtidos anticipados** y que no se autorizará ningún resurtido sin una nueva evaluación.
- [] **Guardaré el medicamento de forma segura**, bajo llave o fuera del alcance de los niños, familiares, visitantes y cualquier otra persona.

- [] **No compartiré, venderé ni daré** mi medicamento a nadie más. (Compartir opioides es peligroso e ilegal.)
 - [] **Desecharé adecuadamente cualquier medicamento no usado** — por ejemplo, en una farmacia o en un punto de recolección policial, o usando un producto de desactivación/eliminación de medicamentos. Entiendo que el consultorio puede darme una bolsa de desactivación/eliminación de medicamentos e informarme sobre un punto de recolección cercano si lo solicito. No guardaré opioides sobrantes "por si acaso".
 - [] **No beberé alcohol** ni usaré drogas ilícitas (ilegales) mientras tome este medicamento.
 - [] **Le informaré a mi dentista si estoy embarazada, planeando quedar embarazada o amamantando.**
 - [] **Mi dentista me ofreció recetar o recomendar naloxona (Narcan).** La naloxona es un medicamento seguro que puede revertir rápidamente una sobredosis de opioides y restaurar la respiración en una emergencia. Entiendo que debo informar a las personas con quienes vivo dónde está y cómo usarla.
 - [] Entiendo que puedo **dejar de tomar este medicamento** y cambiar a opciones sin opioides en cualquier momento, y que puedo hablar con mi dentista sobre mi dolor.
-

7. Mi Derecho a Revocar Este Consentimiento

Entiendo que **puedo revocar este consentimiento y retirarme de este acuerdo en cualquier momento, por escrito o verbalmente.** Entiendo que hacerlo **no afectará mi derecho a recibir otra atención dental o médica apropiada.** Si revoco este consentimiento, mi dentista hablará conmigo sobre otras formas de manejar mi dolor.

8. Cuánto Tiempo Dura Este Acuerdo

Este consentimiento y acuerdo es válido únicamente para **este ciclo de tratamiento recetado.** Vence el **[fecha]** *(o después de [X] días a partir de la fecha firmada a continuación, lo que el dentista indique).* Después de que venza, se requieren una **nueva evaluación y un nuevo consentimiento** antes de recetar cualquier opioide adicional.

- **Este acuerdo vence el:** [_ / / _]
-

9. Reconocimiento

Al firmar a continuación, confirmo que:

- Los **riesgos, beneficios y alternativas** del medicamento opioide para el dolor me fueron explicados en un lenguaje que entiendo.
- Tuve la oportunidad de **hacer preguntas**, y mis preguntas fueron **respondidas** a mi satisfacción.
- He leído (o me han leído) y entiendo este formulario, incluido mi derecho a revocarlo (Sección 7), y acepto voluntariamente sus términos.

10. Acceso a Idiomas

Esta conversación de consentimiento se llevó a cabo en el idioma preferido del paciente.

- **Conversación realizada en (idioma):** [_____]
- **¿Se usó intérprete?** [] No [] Sí
- **Si sí — nombre del intérprete:** [_____]
- **Idioma / relación del intérprete (p. ej., intérprete profesional, personal, familiar):** [_____]

11. Firmas

Paciente

Nombre en letra de molde	[_____]
Firma	[_____]
Fecha	[_ / _ / _]

Recetador (Dentista)

He hablado con el paciente sobre los riesgos, beneficios y alternativas del medicamento opioide para el dolor, he respondido sus preguntas, y he abordado la naloxona y CURES según se documenta a continuación.

Nombre del recetador en letra de molde	[_____]
Firma	[_____]
Fecha	[_ / _ / _]

Declaraciones del recetador (marque y complete cada una):

- [] **CURES/PDMP revisado el:** [_ / _ / _]
- [] **Oferta de naloxona:** [] Ofrecida y aceptada/recetada [] Ofrecida y rechazada por el paciente
- [] Riesgos, beneficios y alternativas discutidos y preguntas del paciente respondidas.

Este documento se conservará en su expediente dental. Puede solicitar una copia en cualquier momento. Las preguntas sobre su privacidad pueden dirigirse a Dr. Steve Truman al (510) 883-3011.