

MRN _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Consentimiento Informado para Opioides Recetados

Su proveedor le ha recetado opioides para el tratamiento de su dolor. Es importante que usted entienda los riesgos asociados con este medicamento. Aunque los opioides pueden ser eficaces para el tratamiento de dolor grave (repentino o de corto plazo), el usarlos, así sea por un corto periodo de tiempo, puede aumentar sus posibilidades de adicción en el futuro, especialmente si los toma siendo joven. Muchos pacientes encuentran otros métodos para hacer tratamiento a su dolor, tales como el ibuprofeno y el acetaminofén, junto con terapia física, masaje, o acupuntura, y se dan cuenta que no necesitan medicamentos opioides. Hable con su proveedor sobre otras opciones para el alivio del dolor.

Tómese el tiempo de revisar la incluida página de información para el paciente y asegúrese de mencionarle sus preguntas o preocupaciones a su proveedor. Una vez le hayan informado los riesgos, por favor, firme en la parte de debajo de este documento.

Yo, _____, he recibido consejería de mi proveedor y entiendo los riesgos asociados con el uso de opioides. Me han dado información acerca de lo siguiente:

- Las posibilidades de **uso incorrecto, abuso, desvío, y adicción** con los medicamentos opioides.
- **Los efectos secundarios** incluyen: sentirse adormilado, estreñimiento, sudor, comezón, pensamiento confuso, síntomas de abstinencia cuando se dejan de usar, cambios en el estado de ánimo (incluyendo que empeore la depresión), cambios en los patrones de sueño (incluyendo que empeore la apnea del sueño), y efectos sobre las hormonas.
- Desarrollo de **tolerancia** – en el sentido de tener que tomar más medicamento para recibir el mismo efecto de alivio de dolor.
- Depresión respiratoria que puede poner en peligro a la vida – esto significa que usted **puede dejar de respirar**.
- Exposición accidental que puede causar una posible **sobredosis fatal, especialmente en niños**. Usted debe guardar sus drogas de manera segura para evitar un robo o exposición accidental.
- Uso durante el embarazo puede causar **síndrome neonatal de abstinencia de opioides** en un bebé recién nacido.
- **La combinación de opioides con alcohol y/u otros medicamentos psicoactivos** puede causar una sobredosis fatal. Esto incluye, pero no se limita, a la combinación con benzodiazepinas y barbitúricos.

También he recibido una página de educación para el paciente sobre los opioides.

Fecha

Firma del paciente

Firma del padre/madre, tutor legal, o representante legal del paciente (si se aplica)

Firma de quien receta el medicamento

Descargo de responsabilidad Este EJEMPLO de Consentimiento informado sólo ha sido provisto por el Departamento de Salud de Vermont como un recurso de información y no se debe usar ni depender del mismo para propósitos de legales o de tratamiento. No se tiene la intención que esta información sea educación para el paciente, no crea ninguna relación entre paciente y doctor, y no se debe usar como sustituto para un diagnóstico y tratamiento profesional. No constituye consejo legal de parte del Estado de Vermont. Esta información no crea una relación entre cliente y abogado y no sustituye la búsqueda de consejo legal de un abogado o recurso legal competente.

[Nombre de la instalación]

MRN _____

Patient Name _____

DOB _____

Prescribed Opioid Informed Consent

Your provider has prescribed opioids to treat your pain. It is important for you to understand the risks associated with this medication. While opioids can be effective at treating acute (sudden or short-term) pain, using them even for a short time can increase your chances for addiction in the future, especially if taken early in life. Many patients find that there are other methods, such as ibuprofen and acetaminophen, as well as physical therapy, massage or acupuncture, to treat their pain and that they do not need opioid medications. Talk to your provider about other options for pain relief.

Take time to review the included patient information sheet and be sure to discuss any questions or concerns with your provider. Once you have been informed of the risks, please sign the bottom of this form.

I, _____, have been counseled by my provider and understand the risks associated with opioid use. I have been provided with information on the following:

- The potential of **misuse, abuse, diversion, and addiction** with opioid medication.
- **Side effects** including: feeling drowsy, constipation, sweating, itching, cloudy thinking, withdrawal upon discontinuation of use, mood changes (including worsening depression), sleep pattern changes (including worsening sleep apnea), and effects on hormones.
- Building up a **tolerance** – meaning having to take more medication to get the same pain relief effect.
- Life-threatening respiratory depression – meaning you can **stop breathing**.
- Accidental exposure can lead to potentially **fatal overdose, especially in children**. You must safely store your drugs to avoid accidental exposure or theft.
- Use while pregnant may cause **neonatal opioid withdrawal syndrome** in a newborn.
- **Combining opioids with alcohol and/or other psychoactive medication** can cause a fatal overdose. This includes, but is not limited to, combining with benzodiazepines and barbiturates.

I have also received a patient education sheet on opioids.

Date

Signature of Patient

Signature of Patient's Parent, Guardian, or Legal Representative (if applicable)

Signature of Prescriber

Disclaimer This EXAMPLE informed Consent is provided by the Vermont Department of Health provided as an information resource only and is not to be used or relied on for any treatment or legal purposes. This information is not intended to be patient education, does not create any patient-physician relationship, and should not be used as a substitute for professional diagnosis and treatment. It does not constitute legal advice on the part of the State of Vermont. This information does not create an attorney-client relationship and is not a substitute for seek legal advice from an attorney or competent legal resource.

[Name of Facility]