

Política de Medicación Controlada

Debido a los cambios recientes en las regulaciones gubernamentales con respecto a la dispensación de medicamentos controlados, Cucamonga Valley Medical Group (CVMG) ahora instituirá las siguientes nuevas reglas cada vez que un proveedor genere una receta controlada o "triplicada" en nuestras oficinas.

Los ejemplos de tales medicamentos (entre otros) incluyen : Ultram (Tramadol), Vicodin / Norco (Hydrocodone), Percocet (Oxycodone), Tylenol # 3/# 4 (acetaminofén con codeína), Xanax (Alprazolam), Ativan (Lorazepam), Restoril (Temazepam), Ambien (Zolpidem), Soma (Carisoprodol), y todo tipo de tratamientos de ADD/ADHD recetados.

- Los medicamentos controlados / programados deben completarse en persona con una visita al consultorio una vez por trimestre (cada 3 meses).
- No habrá recargas tempranas de medicamentos.
- No se proporcionarán repuestos para medicamentos perdidos o robados.
- Los laboratorios deben realizarse al menos anualmente para garantizar que los medicamentos no dañen el hígado o los riñones.
- El cambio en la medicación o la dosis probablemente requerirá una evaluación especializada (manejo del dolor, neurología, reumatología, etc.)
- Los medicamentos no se repondrán si los laboratorios o consultas no se completan.
- Si estos medicamentos son suministrados por múltiples proveedores o múltiples farmacias, será motivo de despido de CVMG.
- Se requiere que se realice un examen de orina en el consultorio en el consultorio al menos una vez al año, en el consultorio del proveedor. discreción. Incumplimiento o en caso de sustancias ilegales, incluidas, entre otras, sustancias ilegales se encuentra que el estado de California o los medicamentos recetados que no le han sido recetados directamente estar presente en la pantalla de orina, no se proporcionarán recargas.
- Si no puede cumplir con esta política, se le puede pedir que busque otro médico de atención primaria.

Mi firma a continuación indica que reconozco esta nueva regulación y política formal con respecto a los medicamentos controlados, y que estoy de acuerdo en cumplir.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL DOCTOR

FECHA