



INTERACTIVE PSYCHIATRY

Acuerdo de Sustancias Controladas

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Proveedor: Taimaris Mas Marante, PMHNP-BC

La ley de Florida regula la prescripción de sustancias controladas, incluyendo narcóticos, sedantes, benzodiacepinas y estimulantes para el TDAH. Este acuerdo garantiza el uso seguro, legal y apropiado de estos medicamentos.

1. **Prescripción:** La mayoría de las recetas están limitadas a 30 días. Solo Interactive Psychiatry recetará sustancias controladas. No se permite el uso proveniente de otros proveedores sin aprobación previa.
2. **Otros Proveedores:** Informaré a otros proveedores sobre mis recetas aquí. Las recetas no autorizadas de otros pueden resultar en la suspensión y terminación de mi tratamiento.
3. **Recetas y Farmacia:** Deben ser escritas y recogidas con identificación. Usar la misma farmacia cuando sea posible. Se requiere un aviso de 72 horas hábiles; no se harán nuevas recetas fuera de horario, en fines de semana o feriados.
4. **Citas:** Debo ser evaluado con la frecuencia que determine el proveedor para continuar recibiendo recetas. Las visitas pueden incluir Telemedicina, pero al menos una consulta en persona al año es obligatoria.
5. **Medicamentos Perdidos/Robados:** No se reemplazarán medicamentos perdidos o robados antes de la fecha de renovación.
6. **Pruebas:** Acepto someterme a pruebas aleatorias de orina y/o sangre y las completaré el mismo día que se soliciten.
7. **Legal:** Es ilegal tergiversar, obtener medicamentos de múltiples proveedores, vender o usar incorrectamente. Las violaciones pueden ser reportadas a las autoridades y se podrán compartir los registros médicos si es necesario.
8. **Terminación del Tratamiento:** Puede ocurrir si comparto/uso indebidamente medicamentos, no paso las pruebas, presento drogas no autorizadas o ilegales,

obtengo medicamentos en otro lugar sin aprobación, actúo de forma agresiva o falto a mis citas.

Entiendo y acepto estos términos y libero a Interactive Psychiatry y su personal de toda responsabilidad si soy dado de alta por incumplimiento de este acuerdo.

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre y Apellidos: _____

Testigo: _____ Fecha: _____