

# Sample OBAT Treatment Agreement, Spanish Translation

## *ACUERDO DE TRATAMIENTO OBAT*

Acepto libre y voluntariamente este acuerdo de tratamiento, como se describe a continuación.

Estoy de acuerdo en hacer todo lo posible para acudir a las citas programadas con mi proveedor y personal de enfermería y que es mi responsabilidad llamar a la clínica si voy a llegar tarde/temprano o si necesito reprogramar mi cita.

Informaré sobre cualquier consumo de sustancias y conversaré sobre los comportamientos de alto riesgo con mi equipo de tratamiento. Tener esto claro me ayudará a disminuir el riesgo de sobredosis o infección y protegerá mi seguridad.

Si continúo teniendo problemas con el consumo continuo de sustancias, es posible que se modifique mi plan de tratamiento, lo que podría requerir el traslado a un tratamiento más intensivo.

Acudiré a mis citas antes de que se me terminen las recetas y guardaré mis medicamentos en un lugar seguro y protegido. Comprendo que es posible que mi medicamento no se pueda resurtir antes de tiempo, incluso en caso de pérdida o robo.

Le informaré a mi proveedor si el medicamento que estoy tomando ya no me sirve para que podamos elaborar un nuevo plan de tratamiento.

Estoy de acuerdo en no vender, compartir o regalar ninguno de mis medicamentos.

No adoptaré comportamientos que pongan en peligro la seguridad de ninguna persona en la clínica. Hacerlo puede considerarse un motivo para ser dado de baja del programa.

No falsificaré ni manipularé las pruebas de detección de drogas. Comprendo que si doy positivo para sustancias que no me han sido recetadas, o si doy negativo para sustancias que me han sido recetadas, mi plan de tratamiento será ajustado (por ejemplo, se me puede pedir que vaya a la clínica con más frecuencia).

Estoy de acuerdo con las visitas aleatorias por llamada que incluyen exámenes toxicológicos y recuentos de medicamentos, que requieren que responda en un plazo de 24 horas por teléfono.

Estoy de acuerdo en que si obtengo medicamentos por parte de otros prescriptores, farmacias o fuentes, se lo comunicaré a mi equipo de OBAT.

Comprendo que mezclar la buprenorfina con otras sustancias, especialmente las que pueden causar sedación, como las benzodiazepinas o el alcohol, puede ser peligroso. Comprendo que se han registrado muertes entre personas que mezclan la buprenorfina con sustancias sedantes.

Si puedo quedar embarazada y estoy en edad fértil, le avisaré a mi proveedor de atención médica si existe la posibilidad de que esté embarazada para que pueda ayudarme a tomar las medidas adecuadas para mantenernos a salvo a mí y a mi bebé por nacer. Esto no significa que se me dará de baja.

Si en algún momento se me da de baja de este programa, se me podrá reconsiderar en un futuro.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha