

## ANEXO II: ACUERDO ENTRE PROVEEDOR Y PADRE/PACIENTE

### **Acuerdo entre Proveedor y Paciente para Terapia de Anticoagulación**

Su médico ha recomendado terapia de anticoagulación para usted, lo cual quiere decir que usted recibirá medicina que ayuda a prevenir la formación de coágulos en la sangre. La warfarina (conocida también como *Coumadin*®) y la heparina de bajo peso molecular (*low molecular weight heparin - LMWH*) son medicamentos para la anticoagulación. Cuando se usan correctamente y bajo estrecho control, estos medicamentos ayudan a prevenir la formación de coágulos de sangre en su flujo sanguíneo. Los coágulos de sangre dañinos pueden provocar una embolia (*stroke*) o daño a órganos muy importantes.

Su médico le ha recomendado que tome (marque todo lo que sea pertinente)

- Warfarina**       **Heparina de Bajo Peso Molecular (LMWH)**

Éstos son medicamentos posiblemente peligrosos. Cuando se usan incorrectamente o sin análisis de sangre regulares, éstos pueden causar graves efectos secundarios, entre los que se podrían incluir hemorragia interna o un coágulo de sangre y pueden causar la muerte en algunos casos.

Cuando se usan cuidadosamente y en la dosis adecuada, éstos pueden ser medicamentos muy seguros y benéficos para usted. Cada persona es diferente y la dosis de medicamento que usted necesitará cambiará de una vez a otra. Por estas razones, es muy importante que le veamos cada cierto número de semanas y le hagamos un análisis de sangre.

Este documento es un acuerdo entre \_\_\_\_\_ (Nombre del/de la paciente) y la Clínica de Anticoagulación del UCDMC (Clínica). El propósito de este acuerdo es asegurarnos de que usted reciba la mejor atención y ayudarle a obtener el mayor beneficio de este medicamento.

### **Para lograr este objetivo, hago las siguientes promesas a la Clínica de Anticoagulación:**

- Tengo que tener un médico de atención primaria de *UC Davis*.
- Accedo a proveer a la Clínica mi número telefónico y un número telefónico alternativo en los cuales se me puede localizar.
- Si la Clínica me llama, le llamaré.
- Accedo a proveer a la Clínica el nombre y el número telefónico de la farmacia que usaré.
- Tomaré mi medicamento exactamente como me lo indicó la Clínica.
- NO dejaré que mi médico de atención primaria o cualquier otro proveedor de atención médica ajuste la dosis de mi medicamento, a menos que PRIMERO hable con la Clínica sobre el cambio. Una excepción sería durante situaciones de emergencia, pero entiendo que aún así debo notificarle a la Clínica si hay algún cambio en la cantidad o tipo de medicamento que tome.

## **ANEXO II: ACUERDO ENTRE PROVEEDOR Y PADRE/PACIENTE PÁGINA 2**

- Le informaré a la Clínica si necesito dejar de tomar mi medicamento porque se me someterá a un procedimiento médico por cualquier otra razón.
- Le informaré a la Clínica sobre cualesquier cambios que se hagan a cualquier medicamento, alternativa/herbaria o medicamento de venta libre que esté tomando o si recibo una nueva receta de mi médico.
- Si bebo alcohol, accedo a usarlo con moderación y consistencia y a reportar a la Clínica cualesquier cambios en la cantidad que beba.
- Las pacientes femeninas: Entiendo que la terapia de anticoagulación durante el embarazo puede ser dañina para los bebés en desarrollo. Actualmente no estoy embarazada y le informaré a la Clínica inmediatamente si me embarazo.
- Me comunicaré a la Clínica si tengo problemas como:
  - Sangrado de las encías o nariz que no para
  - Orina de color rojo o café
  - Excremento de color rojo o negro (que parece brea)
  - Vomitar sangre o cualquier cosa que parezcan “sedimentos de café viejo”
  - Cortaduras que no paran de sangrar o moretones que se agrandan
  - Flujo menstrual muy copioso u otro sangrado vaginal
  - Fuertes dolores de cabeza o sentir mareos, aturdimiento o debilidad inusuales
  - Una caída en que me pegué en la cabeza
  - No tomé más de 2 dosis durante una semana
- Entiendo que si se me saca sangre en un laboratorio que no sea de *UCD*, tengo que llamar a la Clínica y hacerle saber el nombre del laboratorio y la fecha en que se me hizo el análisis.
- Llamaré a la Clínica si no recibo indicaciones 48 horas después de que se me haga un análisis de sangre en *UCD* o en otro laboratorio.
- Procuraré atención médica si sufro de alguna hemorragia inexplicable.

**Entiendo que si no cumplo con las promesas que he hecho en este acuerdo, o si no sigo las indicaciones de la Clínica, la Clínica podría interrumpir mi terapia de anticoagulación o puede darme de alta de la Clínica.**

**Número Telefónico de la Clínica 916-734-8158**

Mi firma a continuación confirma que he tenido la oportunidad de repasar los términos del acuerdo, que se me han contestado mis preguntas satisfactoriamente y que accedo a TODOS los requisitos anteriores para recibir control de anticoagulación en el *UCDMC*.

Firma del/de la Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del/de la Representante del/de la Paciente \_\_\_\_\_

**ANEXO II: ACUERDO ENTRE PROVEEDOR Y PADRE/PACIENTE PÁGINA 3**

Escriba el Nombre del/de la Paciente con letra de molde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de los Farmacéuticos de la Clínica de Anticoagulación

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la Intérprete (si se necesitara)

Fecha: \_\_\_\_\_