



HARRIS PSYCHIATRIC SERVICES, PLLC

Harris Psychiatric Services PLLC

222 Middle Country Road  
Suite 310  
Smithtown, NY 11787  
(p) 631-265-1622  
(f) 631-265-3042

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono domiciliario: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estudiante/Grado: \_\_\_\_\_

N.º de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo Género:  Masculino  Femenino

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono domiciliario: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Derivado por: \_\_\_\_\_ Dirección/Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Dirección/Teléfono: \_\_\_\_\_

**OTROS PROVEEDORES TRATANTES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección/Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección/Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO** \*\*\* salte a la próxima página si se trata de un seguro de accidentes laborales o contra todo riesgo\*\*\*

**Seguro primario:** Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ N.º de la Seg. Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

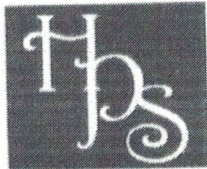
**Aseguradora secundaria:** Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ N.º de la Seg. Social del Asegurado: \_\_\_\_\_



HARRIS PSYCHIATRIC SERVICES, PLLC

Harris Psychiatric Services PLLC

222 Middle Country Road  
Suite 310  
Smithtown, NY 11787  
(p) 631-265-1622  
(f) 631-265-3042

**Información sobre la compañía de seguros:**

**(Únicamente para seguros de accidentes laborales y para pacientes con seguro contra todo riesgo)**

Seleccione una opción:  Seguro de accidentes laborales  Seguro contra todo riesgo

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente/lesión: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Liquidador de siniestros: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del liquidador: \_\_\_\_\_ N.º de fax del liquidador: \_\_\_\_\_

N.º de reclamo por siniestro: \_\_\_\_\_

N.º de caso para la Junta de Accidentes Laborales: \_\_\_\_\_ N.º de caso para la Junta de Accidentes Laborales: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra trabajando actualmente?  SÍ  NO

En caso negativo, consigne la primera fecha de su discapacidad (cuando dejó de trabajar): \_\_\_\_\_

Información del abogado del seguro de accidentes laborales o contra todo riesgo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_



HARRIS PSYCHIATRIC SERVICES, PLLC

Harris Psychiatric Services PLLC

222 Middle Country Road  
Suite 310  
Smithtown, NY 11787  
(p) 631-265-1622  
(f) 631-265-3042

**AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA RELACIONADA  
CON LA SALUD**

Sírvase facilitarnos los nombres de las personas u organizaciones a las cuales se les puede revelar información protegida relacionada con la salud (como por ejemplo: cónyuge, hijos, abogado, terapeuta, médico de cabecera). Marque la clase o categoría de información que desee divulgar.

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona u organización**

- Toda la información médica
- Toda la información sobre facturación
- Turnos
- Otros temas

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona u organización**

- Toda la información médica
- Toda la información sobre facturación
- Turnos
- Otros temas

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona u organización**

- Toda la información médica
- Toda la información sobre facturación
- Turnos
- Otros temas

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona u organización**

- Toda la información médica
- Toda la información sobre facturación
- Turnos
- Otros temas

**Caducidad de la autorización**

La presente autorización se mantendrá en vigencia hasta tanto quede revocada o extinguida por escrito de parte del paciente o de su representante personal.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta o a máquina)

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente o firma del representante del paciente / Relación del representante con el paciente



HARRIS PSYCHIATRIC SERVICES, PLLC

Harris Psychiatric Services PLLC

222 Middle Country Road  
Suite 310  
Smithtown, NY 11787  
(p) 631-265-1622  
(f) 631-265-3042

## NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La presente notificación describe cómo se podrá utilizar y divulgar información médica relativa a usted y cómo a su vez usted podrá tener acceso a esta información. Sírvase revisarla detenidamente.

Usted tiene derecho a:

- Conseguir una copia de su historia clínica impresa en papel o en formato electrónico digital
- Rectificar su historia clínica impresa o electrónica
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Conseguir una lista de aquellas personas con las que hemos compartido su información en los últimos 6 años
- Conseguir una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una denuncia en caso de que usted crea que se han violado sus derechos de privacidad

Usted cuenta con algunas opciones en cuanto a la manera en que utilizamos y compartimos información ya que nosotros:

- Les contamos a sus familiares y amigos acerca de su afección
- Brindamos atención de la salud mental

Nosotros podremos usar y compartir su información ya que nosotros:

- Le brindamos tratamiento a usted
- Le facturamos por nuestros servicios
- Cumplimos con la ley
- Atendemos reclamos relacionados con seguros de accidentes laborales, autoridades encargadas de aplicar la ley y demás pedidos provenientes de funcionarios gubernamentales
- Respondemos a juicios y demás acciones legales

En lo atinente a la información relacionada con su salud, usted goza de ciertos derechos, a saber:

- Usted puede solicitar medios o lugares alternativos para recibir comunicaciones confidenciales
- Usted puede pedir ver o recibir una copia de su historia clínica y demás información relacionada con su salud que nosotros tengamos acerca de usted.
- Usted puede pedirnos rectificar la información relacionada con su salud si usted cree que es incorrecta o está incompleta. Usted puede pedir una copia impresa de la presente notificación en cualquier momento. Se la suministraremos a la brevedad.
- Si usted le ha otorgado a alguien poder de representación médica o tiene tutor o curador legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones en cuanto a la información relacionada con su salud.
- Usted puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos determinada información clínica relacionada con sus tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su pedido, toda vez que podemos rechazarlo en caso de afectar su atención clínica.
- Si usted paga totalmente en efectivo por un servicio o producto de salud, usted puede solicitarnos no compartir esa información a los efectos vinculados con el pago o nuestras operaciones con su prestador de seguros de salud. Nosotros accederemos a su pedido, salvo que se nos exija por ley compartir dicha información.
- Usted puede solicitar un listado (inventario detallado) de las veces que hemos compartido información relacionada con su salud durante los seis años anteriores a la fecha en que usted formule su pedido, así como también podrá averiguar con quiénes la hemos compartido y por qué.

Le sugerimos presentar una denuncia en caso de sentir que se han violado sus derechos.

- Usted puede plantear una queja o denuncia si siente que hemos violado sus derechos comunicándose con nuestro gerente de oficina al 631-265-1622.
- Usted puede presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Acción Social de los EE.UU. enviando una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o bien visitando el sitio web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

Para determinada información relacionada con la salud, puede contarnos sus opciones acerca de lo que debemos compartir. Comparta la información con sus familiares, amigos más cercanos y demás personas que participen de su atención médica.

*Nosotros podremos compartir su información siempre que necesitemos mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

Solemos usar o compartir la información relacionada con su salud de las siguientes maneras:

Podemos utilizar su información clínica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico que lo esté tratando por una lesión lo consulta a un colega sobre su estado de salud general.*

Al facturarle sus servicios:

Podemos usar y compartir su información clínica a los efectos de poder facturarle y percibir el pago de parte de los planes de salud y demás entidades afines.

Al colaborar con temas que hacen a la salud y seguridad públicas:

Podemos llegar a compartir información clínica concerniente a usted en determinadas situaciones como ser:

- La denuncia de un presunto hecho de abuso o abandono infantil
- La prevención o mitigación de una amenaza grave para la salud o seguridad de un tercero

Al atender pedidos formulados por compañías de seguros de accidentes laborales, autoridades encargadas del cumplimiento de la ley y demás funcionarios gubernamentales

Podemos llegar a usar o compartir información clínica sobre usted:

- En razón de reclamos de indemnizaciones por accidentes o siniestros laborales asegurados
- Con organismos encargados de la superintendencia de la salud en relación con actividades autorizadas por ley
- Para el desempeño de funciones gubernamentales especiales, como ser las relacionadas con fuerzas militares y de seguridad nacional, y los servicios de protección presidencial

Al contestar demandas y demás acciones legales

Podemos llegar a compartir su información clínica en respuesta a una orden emanada de una autoridad judicial o administrativa, o bien en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información clínica protegida.
- Debemos observar los deberes y las prácticas de privacidad descritas en el presente aviso y darle copia de las mismas siempre que así lo pida.
- No utilizaremos ni compartiremos su información más allá de la aquí descrita salvo que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. En caso de autorizarnos, usted podrá cambiar de parecer en cualquier momento. Avísenos por escrito en caso de cambiar de opinión.

Para conocer más información, sírvase consultar: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

*Vigente a partir del 6 2 2018*

**[ ] Al tildar este casillero reconozco que he recibido el aviso de las prácticas de privacidad y me consta que puedo recibir copia de las mismas siempre que así lo requiera.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente / representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*EXCLUSIVAMENTE PARA USO OFICIAL*

[ ] El paciente se rehusó a firmar su acuse de recibo de las prácticas de privacidad.

Motivo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

## Consentimiento informado de atención psiquiátrica y Declaración de políticas de consultorio

**Consentimiento informado:** Gracias por elegir Harris Psychiatric Services. Queremos que sepa qué es lo que cabe esperar respecto de su participación en el tratamiento a llevarse a cabo en nuestro consultorio. Nosotros ofrecemos tanto tratamiento médico psiquiátrico como psicoterapia individual y grupal para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

**Confidencialidad:** Su confidencialidad es una de nuestras prioridades más primordiales. Cumplimos cabalmente con la legislación denominada HIPAA, sigla en inglés que alude a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud. En su primera visita, se le pedirá que revise y firme una exoneración de responsabilidad por la cual les manifieste a las personas o empresas afines interesadas que usted desea que nosotros divulguemos nuestra información de salud.

**Cómo programar y cumplir con los turnos asignados:** Cumplir con los turnos asignados constituye una parte importante del tratamiento así como también es relevante para la gestión de nuestra práctica profesional. Sírvase tener esto en cuenta al momento de programar sus turnos. En caso de no poder concurrir a un turno por cualquier motivo, tenga a bien llamarnos lo antes posible. Los turnos a los que usted no concorra o que se reprogramen o queden cancelados repercutirán en su posibilidad de recibir recetas de medicamentos a futuro. Tanto las recetas como los resurtidos de las mismas recién podrán dispensarse al momento de concretarse la posterior visita de control. **Hay ciertos medicamentos que quizás se le receten pero que no pueden interrumpirse de manera repentina. En caso de acabársele tales medicamentos, es probable que necesite procurarse tratamiento de emergencia en caso de manifestar los síntomas típicos del síndrome de abstinencia.** Después de dos turnos perdidos o cancelaciones tardías, se tomarán las medidas correspondientes. Si viene tarde o temprano a uno de sus turnos, los pacientes que llegan en su horario programado serán atendidos antes que usted.

**Recetas:** Siempre que se receten medicamentos, éstos se deberán tomar según las instrucciones impartidas. Como con cualquier medicamento, siempre existe la posibilidad de efectos colaterales que analizarán juntos usted y su proveedor. Es su responsabilidad llevar un control de la cantidad que tiene disponible de sus medicamentos. Si cuenta con resurtidos, comuníquese con su farmacia. Los pedidos de recetas recién se atenderán durante nuestro horario habitual de atención al público.

**Formularios y documentación:** La mayoría de los formularios no podrán completarse en el mismo día que se reciban. Los pedidos de gestión de formularios y documentación podrían requerir de una sesión adicional con el proveedor para poder completarse como corresponde.

**Atención de emergencias/fuera del horario habitual de trabajo:** En caso de necesitar atención de **emergencia** fuera de nuestro horario de trabajo habitual, sírvase acudir a la sala de guardia más cercana, o bien llame al 911.

Si tiene una necesidad **urgente** de consultar a un especialista fuera del horario de trabajo habitual, sírvase escuchar todo nuestro mensaje de voz. Tendrá opciones para poder comunicarse con un especialista.

He leído, entiendo y acepto el precedente consentimiento informado y las declaraciones de políticas de consultorio. He conversado con el personal respectivo todas estas cuestiones que podrían plantearse a raíz del presente documento.

---

Firma (del paciente, progenitor o tutor según corresponda)

Fecha

**ADVIERTA QUE USTED PUEDE LLEGAR A SER RESPONSABLE POR LOS COSTOS MÉDICOS EN CASO DE ABANDONO DEL PROCESO, O SI SE RECHAZA LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN, O SI SE APRUEBA UN ACUERDO EN VIRTUD DE LA LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL WCL §32**

Nº DE CASO WCB (si se conoce)	Nº. DE CASO DE LA ASEGURADORA (si se conoce)	FECHA DE LA LESIÓN	NATURALEZA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD	Nº SEG. SOC. DE PERSONAS LESIONADAS
RECLAMANTE	NOMBRE	DIRECCIÓN		APT. NO.
EMPLEADOR				
COMPAÑÍA DE SEGUROS				

Usted puede llegar a ser responsable por hacer el pago de los costos médicos del tratamiento de su enfermedad o condición al proveedor que se indica a continuación si (1) abandona el proceso de compensación laboral (2) si la institución Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Laboral) determina que la enfermedad o condición que requería tratamiento no ocurrió por un accidente de trabajo indemnizable o enfermedad ocupacional o (3) si el acuerdo fue tramitado por usted y aprobado conforme a la Ley de Indemnización de Trabajadores WCL §32 ; en virtud de esta ley, usted renuncia a sus derechos de obtener los beneficios médicos de la compañía aseguradora de indemnizaciones laborales o del empleador auto asegurado para cubrir los tratamientos y servicios realizados después de la fecha en que se aprobó el acuerdo. Si ocurriera cualquiera de los hechos mencionados con anterioridad, el proveedor podrá cobrarle directamente el costo por los servicios recibidos en lugar de hacerlo al empleador o a la compañía aseguradora, y usted será responsable por hacer los pagos correspondientes.

Por medio de la presente reconozco que he leído el párrafo anterior y que entiendo las circunstancias bajo las cuales me hago responsable del pago.

Firma del reclamante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del proveedor \_\_\_\_\_

**AL RECLAMANTE**

La Regulación 325-1.23 de la institución Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Laboral) permite que su doctor o terapeuta le solicite que firme esta notificación A-9. Al firmar esta notificación, usted reconoce la obligación de pagar los honorarios al proveedor por los servicios que recibe en el supuesto caso que la ley no requiera que su empleador o aseguradora de indemnización laboral pague tales honorarios y si tales honorarios no están cubiertos por otro seguro. Es posible que el empleador o aseguradora no deba pagar los honorarios médicos si, por ejemplo, usted no presenta una solicitud de indemnización laboral, o si no notifica su lesión o enfermedad a su empleador, o si no asiste a la audiencia de la institución Workers' Compensation Board si su empleador desafía sus derechos a los beneficios. Aun cuando hubiese realizado todos los trámites necesarios para procesar su solicitud, la institución Workers' Compensation Board puede decidir que usted no tiene derecho a los beneficios. En tal caso, esta notificación le aconseja a su proveedor de servicios de salud que usted reconozca su responsabilidad personal por el pago de sus cuentas.

**Artículo 32 de la Ley de Indemnización Laboral (WCL 32)**

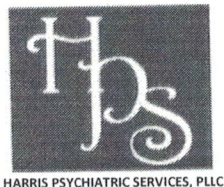
La notificación A-9 también cubre las instancias en las que un reclamante por un caso de compensación laboral válido existente llega a un acuerdo con su empleador/a o su compañía aseguradora tras resolver su caso según el artículo 32 de la ley WCL. Un acuerdo según el Artículo 32 puede incluir una cláusula que libere al empleador/a o aseguradora de la responsabilidad de pagar en el futuro cuentas médicas asociadas con el caso. Su proveedor de servicios médicos puede solicitar que usted firme esta notificación A-9 para garantizar que reconoce su responsabilidad personal por el pago de sus cuentas si renunció al derecho de recibir beneficios médicos futuros mediante un acuerdo conforme al artículo 32.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su abogado o representante autorizado para la audiencia, de tener uno. También puede comunicarse con la institución Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Laboral) en la oficina de su distrito.

**AL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD**

Esta notificación tiene el fin de avisar al reclamante de indemnización laboral que puede ser responsable del pago. Si el reclamante no firma este formulario, no libera con este acto al proveedor de su obligación de tratar al reclamante, ni tampoco anula la responsabilidad de pago por parte del reclamante.

Mantenga el original de este formulario en sus propios registros y entregue una copia al reclamante. **No lo presente en la institución Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Laboral).** Usted recibirá notificaciones de las decisiones en las que se incluirá si la solicitud es indemnizable, la autorización del tratamiento o el pago de cuentas médicas. También se le notificará si el reclamante presenta un acuerdo conforme al Artículo 32 para que lo apruebe la institución Workers' Compensation Board. **No cobre al reclamante a menos que y hasta que usted reciba una decisión de la institución Workers' Compensation Board que indique:** 1) que el reclamante no procesará la solicitud, o 2) que la solicitud fue rechazada, o 3) que el tratamiento no tiene relación causal con las lesiones laborales, o 4) que se aprobó un acuerdo conforme al Artículo 32 liberando a la aseguradora de la responsabilidad por el tratamiento médico.



HARRIS PSYCHIATRIC SERVICES, PLLC

Harris Psychiatric Services PLLC

222 Middle Country Road  
Suite 310  
Smithtown, NY 11787  
(p) 631-265-1622  
(f) 631-265-3042

## POLÍTICA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

En coordinación con los estándares de cuidado, así como también con las directrices y regulaciones médicas vigentes, Harris Psychiatric Services estará implementando una política estricta en materia de recetas de sustancias controladas.

1. Los pacientes deben concurrir, en persona, a sus turnos a los efectos de poder continuar con su tratamiento en el que se utilicen medicamentos controlados sin interrupción.
2. Si, por cualquier motivo, usted debe cancelar su turno, sólo se le dará una cantidad suficiente de medicamento como para que le alcance hasta su próximo turno Y si cancela o no concurre a ese turno posterior, no se le recetará ninguna clase de sustancia controlada hasta tanto usted pueda asistir al consultorio para cumplir con su turno.
3. Sírvase revisar el listado adjunto de síntomas del síndrome de abstinencia y de nombres de las sustancias controladas psicotrópicas que suelen recetarse. Si, en cualquier momento, usted sospecha que está sintiendo abstinencia de medicación, preséntese ante su sala de guardia local. Los turnos a los que usted no concorra o que sean reprogramados o cancelados podrían afectar su posibilidad de recibir futuras recetas.
4. Nuestros proveedores podrán decidir discontinuar el tratamiento con medicamentos controlados si es que hay algún indicio de abuso o uso indebido de tales medicamentos. Los proveedores también pueden discontinuar su tratamiento con medicamentos controlados si se percibe una tendencia de cancelación, reprogramación o inasistencia a los turnos programados.

He revisado la política de Harris Psychiatric Services en materia de sustancias controladas y entiendo que deberé cumplir con mi concurrencia a los turnos programados a los efectos de poder continuar con mi tratamiento con medicamentos controlados. También me han suministrado una lista de medicamentos psiquiátricos controlados que se suelen recetar y me han instruido en cuanto a los síntomas que provoca el síndrome de abstinencia.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: X \_\_\_\_\_

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

*Actualizado al 7 2 2018 - AKC*



## SUSTANCIAS CONTROLADAS QUE SUELEN RECETARSE EN PSIQUIATRÍA

\*\*\*sírvese llevarse este listado a casa\*\*\*

### Benzodiazepinas

- Xanax (alprazolam)
- Ativan (lorazepam)
- Klonopin (clonazepam)
- Restoril (temazepam)
- Halcion (triazolam)
- Valium (diazepam)
- Serax (oxazepam)

### Anfetaminas / Estimulantes

- Adderall / Adderall XR  
(dextroanfetamina / anfetamina / sales de anfetamina mixtas)

- Ritalin / Ritalin LA (metilfenidato)
- Concerta (metilfenidato)
- Vyvanse (lisdexanfetamina)
- Provigil (modafinilo)
- Nuvigil (armodafinilo)

### Hipnóticos sedativos

- Ambien / Ambien CR (zolpidem)
- Luesta (eszopiclona)
- Sonata (zaleplon)
- Belsomra (survorexant)
- Rozerem (ramelteon)

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA MEDICACIÓN

El síndrome de abstinencia de los medicamentos con benzodiazepinas puede ser peligroso y debería tomarse en serio. Si a usted se le acaba la medicación y está experimentando síntomas del síndrome de abstinencia, acuda a su sala de guardia más cercana. Algunos de los síntomas pueden ser:

- Agitación / Inquietud
- Diarrea
- Mareos
- Diploplia
- Presión arterial elevada
- Fatiga/Debilidad
- Síntomas gripales
- Malestar gastrointestinal
- Náuseas y vómitos
- Dolor de cabeza
- Bochornos y escalofríos
- Insomnio
- Sudoración
- Taquicardia y palpitaciones cardíacas
- Temblor
- Alucinaciones
- Convulsiones
- Irritabilidad

El síndrome de abstinencia de las anfetaminas pueden resultar ser molestos, pero no obstante ello, es poco probable que causen complicaciones médicas. Algunos de los síntomas más comunes son:

- Fatiga / Debilidad
- Insomnio / Hipersomnio (poco o mucho sueño en exceso)
- Aumento de apetito
- Pesadillas vívidas
- Disminución del humor

Es poco probable que los hipnóticos sedativos enumerados más arriba causen síntomas del síndrome de abstinencia.



HARRIS PSYCHIATRIC SERVICES, PLLC

Harris Psychiatric Services PLLC

222 Middle Country Road  
Suite 310  
Smithtown, NY 11787  
(p) 631-265-1622  
(f) 631-265-3042

**ÚNICAMENTE PARA SEGUROS DE ACCIDENTES LABORALES / CONTRA TODO RIESGO**

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE PARA LA FARMACIA TITAN

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DÍA DE LA FECHA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN (sírvase incluir el número de departamento):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA LESIÓN: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_

N.º DE CASO PARA LA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_

JUNTA DE ACCIDENTES LABORALES N.º: \_\_\_\_\_

FARMACIA TITAN:

(F) 718-267-8562

(T) 718-267-8063