

PATIENT DEMOGRAPHICS

Patient Name

- First: Bose
- Last: Test

Date of Birth April 06, 1983

Cell Phone Number (405) 513-1278

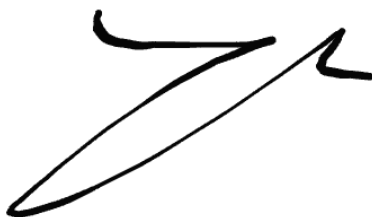
Medication Contract

When used properly, medications can be very effective in alleviating numerous ailments, including anxiety, depression, pain, mood changes, and sleep disturbances to name a few. There may be a high potential for abuse, and for that reason, some medications are closely controlled by Government Agencies. In addition, certain adverse effects may occur. These include, but are not limited to, nausea, vomiting, constipation, lethargy, and impaired judgment.

1. I understand that I may not use any drug of abuse, legal, or illegal. I understand if I use a drug of abuse, this could be cause for immediate termination from treatment.
2. I agree to take my medication only as my provider has instructed and not to alter the way I take my medication without consulting my provider.
3. I agree that the medication I receive is my responsibility and that I will keep it in a safe and secure place, away from children, pets, or any person who could potentially abuse it. I understand that any lost or stolen medication will not be replaced.
4. I agree not to sell, share, or give any of my medication to another individual. I understand that this is a serious violation and would result in my treatment being terminated.
5. I understand that if I violate any of the above conditions, my treatment by any of My Psychiatrist provider may be terminated immediately. These violations may also be reported to my primary care physician, and if necessary, other authorities.
6. I understand that the effects of narcotics include the normal physiological effects of tolerance (the need for more medication to achieve relief) and physical dependence (a sign of withdrawal, including agitation, tremors, insomnia, nausea, fever, sweats, anxiety, tachycardia, and seizures may occur if I stop the medications abruptly). In addition, the abnormal effect of physiological dependence may occur.
7. I understand that some medications and narcotics can impair my judgment in making decisions and in operating mechanical equipment, such as an automobile and I must use special care when involved in these activities.
8. I understand the treatment goal is to improve my ability to function and my overall quality of life, I agree to aid in the process of reaching this goal by pursuing healthy lifestyle habits.
9. I understand that only through the pursuit of a healthier lifestyle can I hope to have the most successful outcome of my treatment.
10. I have truthfully disclosed all aspects of my medical history, past and present, and will immediately notify my provider of any changes, especially if I become pregnant and/or plan to become pregnant.

I have read and accept the above conditions:

Signature



Date June 20, 2025

Contrato de Medicación

Cuando se utilizan correctamente, los medicamentos pueden ser muy efectivos para aliviar numerosas dolencias, incluyendo la ansiedad, la depresión, el dolor, los cambios de humor y los trastornos del sueño, entre otros. Puede haber un alto potencial de abuso, y por esa razón, algunos medicamentos están estrechamente controlados por las agencias gubernamentales. Además, pueden ocurrir ciertos efectos adversos. Estos incluyen, pero no se limitan a, náuseas, vómitos, estreñimiento, letargo y juicio deteriorado.

1. Entiendo que no debo usar ninguna droga de abuso, legal o ilegal. Comprendo que si uso una droga de abuso, esto podría ser motivo para la terminación inmediata del tratamiento.

2. Acepto tomar mi medicación solo según las indicaciones de mi proveedor y no modificar la forma en que tomo mi medicación sin consultar a mi proveedor.
3. Acepto que la medicación que recibo es mi responsabilidad y que la guardaré en un lugar seguro, lejos de niños, mascotas o cualquier persona que pueda potencialmente abusar de ella. Entiendo que cualquier medicamento perdido o robado no será reemplazado.
4. Acepto no vender, compartir o dar ninguno de mis medicamentos a otra persona. Comprendo que esta es una violación grave y resultaría en la terminación de mi tratamiento.
5. Entiendo que, si violo alguna de las condiciones anteriores, mi tratamiento con cualquier proveedor de My Psychiatrist puede ser terminado de inmediato. Estas violaciones también pueden ser reportadas a mi médico de atención primaria y, si es necesario, a otras autoridades.
6. Entiendo que los efectos de los narcóticos incluyen los efectos fisiológicos normales de la tolerancia (la necesidad de más medicación para lograr alivio) y la dependencia física (un signo de abstinencia, que incluye estornudos, agitación, temblores, insomnio, náuseas, fiebre, sudoración, ansiedad, taquicardia y convulsiones pueden ocurrir si dejo la medicación abruptamente). Además, puede ocurrir el efecto anormal de la dependencia fisiológica.
7. Entiendo que algunos medicamentos y narcóticos pueden afectar mi juicio para tomar decisiones y operar equipos mecánicos, como un automóvil, y debo tener especial cuidado cuando participo en estas actividades.
8. Entiendo que el objetivo del tratamiento es mejorar mi capacidad para funcionar y mi calidad de vida en general. Acepto colaborar en el proceso para alcanzar este objetivo mediante la adopción de hábitos de vida saludables.
9. Entiendo que solo a través de la búsqueda de un estilo de vida más saludable puedo esperar tener el resultado más exitoso de mi tratamiento.
10. He revelado verazmente todos los aspectos de mi historia médica, pasada y presente, y notificaré inmediatamente a mi proveedor de cualquier cambio, especialmente si quedo embarazada y/o planeo quedar embarazada.

He leído y acepto las condiciones anteriores:

Firma



Fecha June 20, 2025