

**FORMULARIO DE ACUERDO SOBRE COUMADIN® (WARFARINA)
PARA EL PACIENTE**

1. Mi médico o su administrador de cuidados han conversado conmigo sobre los beneficios y los riesgos del tratamiento con Coumadin.
2. Entiendo los beneficios y los riesgos del tratamiento con Coumadin y estoy dispuesto a tomar este medicamento.
3. He conversado con el Dr. _____ sobre mi condición médica y entiendo que, en este momento, Coumadin es el tratamiento apropiado para mi afección.
4. No dejaré de tomar Coumadin a menos que así me lo indiquen mi médico o su representante.
5. Entiendo que no puedo tomar Coumadin con la debida seguridad si no me someto al análisis de sangre llamado RNI (Razón Normalizada Internacional) o INR, por su sigla en inglés. Podré necesitar este análisis de sangre con una frecuencia que variará desde una vez por día hasta una vez cada seis semanas, según sean los resultados de mis análisis RNI.
6. Cuando converse sobre los resultados de mis análisis RNI y sobre la dosis de Coumadin, informaré a los profesionales médicos encargados de administrar mi uso de Coumadin sobre cualquier cambio en mi dieta, salud, medicación o consumo de alcohol. Les avisaré si no pudiera seguir sus instrucciones.
7. Entiendo que, si soy una mujer en edad de fecundar, debo usar el mejor método posible de control de la natalidad. Se sabe que Coumadin causa defectos de nacimiento y muerte en nonatos.
8. He recibido instrucción e información escrita sobre el tratamiento con Coumadin (si el tratamiento con esta medicación lo inició Presbyterian Heart Group).

Firma del paciente

Fecha

Firma / Iniciales de Presbyterian Heart Group

Fecha

Información para el paciente