



CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO ELECTRÓNICO DE RECETAS E HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Entiendo que, como parte de mi expediente médico electrónico, Pediatric Cardiology Associates enviará mis recetas de forma electrónica, según lo permitido, a la farmacia que yo delegue como mi principal proveedor farmacéutico. Asimismo Pediatric Cardiology Associates obtendrá el historial de todas mis recetas de los últimos dos años a través de administradores de beneficios de farmacia y entiendo que esas recetas se incluirán como parte de mi expediente médico electrónico.

Las recetas electrónicas reducen en gran medida los errores de medicamentos y mejoran la seguridad del paciente.

Las características del programa ePrescribe incluyen:

- Transacciones de formularios y beneficios: nos brinda información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios para medicamentos.
- Transacciones del historial de medicamentos: nos brinda información acerca de los medicamentos que usted ya está tomando.
- Notificación del estado de la receta: nos envía un aviso electrónico de que su receta ha sido recibida.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted nos da su autorización para emitir recetas electrónicas para usted y solicitar su historial de medicamentos recetados de otros profesionales médicos y/o pagadores de beneficios de farmacia con fines de tratamiento.

- Por la presente doy mi consentimiento informado para inscribirme en el programa ePrescribe.
- Rechazo esta opción. No doy mi consentimiento para acceder a la información mencionada anteriormente.

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

DOB: / / _____

Imprimir el nombre del paciente

Firma del paciente o representante legal

Fecha