



## Consentimiento de La Historia de Medicamentos

Al firmar por debajo doy permiso para **IKP Family Medicine, P.A.**, tenga acceso a mis beneficios de farmacia datos electronicamente a traves de RxHub. El consentimiento debe permitir **IKP Family Medicine, P.A.**, a :

Determinar los beneficios de farmacia y medicamentos co-pagos para el plan de salud del paciente.

Comprobar si el medicamento recetado esta cubierto (en el formulario) bajo el plan del paciente.

Mostrar alternativas terapeuticas con rango de preferencia (si esta disponible) dentro de una clase de medicamentos fuera del formulario de medicamentos.

Determinar si el plan de salud del paciente permite la prescripcion electronica a las farmacias de pedidos por correo, y si esa si, e-prescriben a estas farmacias.

Descargar una lista historica de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier medico.

En resumen, le pedimos supermiso para obtener la informacion del formulario y otras recetas prescritas por otros medicos usando RxHub.

**Patient** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

*Por favor imprima nombre*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Patient/Guardian**

**Testigo:** \_\_\_\_\_

*Por Favor imprima nombre*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Testigo**