

Consentimiento para obtener el historial de farmacia externo

¿Por qué estamos pidiendo esto?

Un historial de recetas preciso reduce los errores de medicación y mejora su seguridad.

Cuando autoriza a Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. a acceder a su historial de recetas externas, le proporciona a nuestro personal información sobre los medicamentos que ya está tomando. Esta información ayudará a Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. a minimizar los eventos adversos de medicamentos. Las interacciones medicamentosas son ejemplos de un evento adverso de medicamentos.

Cuando firma este consentimiento, acepta que Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. puede solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

La declaración de consentimiento

Entiendo que mi proveedor o el personal de Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. pueden acceder al historial de recetas de proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia.

Mi firma certifica que he leído y entiendo el alcance de mi consentimiento y que autorizo el acceso.

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

Nombre en letra de imprenta Fecha de nacimiento

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

Firma del paciente o tutor Fecha

□ Doy mi consentimiento □ No doy mi consentimiento