



Formulario de solicitud de historial de recetas

Debe completar este formulario para solicitar una copia de su historial de recetas. Si usted es el representante personal del paciente (una persona con autoridad legal para tomar decisiones acerca de los pedidos de recetas en nombre del paciente), una copia del documento que le otorga dicha autoridad debe constar en nuestros registros o se debe incluir con este formulario. Se debe llenar un formulario de autorización por separado para cada paciente que solicite su historial de recetas a través de Eagle Pharmacy.

Proporcione la siguiente información:

[Grid for last name and name]

Apellido(s)

Nombre

[Grid for birth date and phone number]

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Teléfono

[Grid for address]

Domicilio

[Grid for city, state, and zip code]

Ciudad

Estado

Código postal

Fechas del historial de recetas: Desde: [Grid] / [Grid] / [Grid] Hasta: [Grid] / [Grid] / [Grid]

Autorizo a Eagle Pharmacy para divulgar la información sobre mi salud de la siguiente manera:

- Enviar mi información por fax al siguiente número PRIVADO de fax: [Grid] - [Grid] - [Grid]
- Enviar mi información por e-mail en un archivo .zip comprimido (seguro) a la siguiente dirección de correo electrónico: [Grid]

Tengo WinZip® para abrir el documento. Comprendo que un representante de Eagle Pharmacy me llamará para darme la contraseña para abrir el documento una vez que reciba el archivo.

Pueden llamarme al siguiente número de teléfono: [Grid] - [Grid] - [Grid]

- Pueden enviar mi información por correo a la siguiente dirección: [Grid]

Domicilio

[Grid for city, state, and zip code]

Ciudad

Estado

Código postal

Autorizo la divulgación de la información sobre mi salud, tal como se describe a continuación.

Comprendo que esta información sobre mi salud puede incluir información relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias y/o con diagnósticos y tratamientos de salud mental. Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de dicha información.

Se divulga esta información a mi pedido y para mis propios fines. Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Eagle Pharmacy ya haya realizado alguna acción sobre la base de esta autorización. Comprendo que no tengo la obligación de firmar este formulario como condición para recibir tratamiento y pagos, ni para mi inscripción o elegibilidad para recibir beneficios.

Con mi firma a continuación doy fe de que he leído y comprendido este formulario de solicitud.

Firma del paciente o del representante personal del paciente

Fecha

Escriba el nombre del representante personal en letra de molde

Relación con el paciente