

Autorización para la divulgación de información sobre medicamentos recetados**Yo, _____ Fecha de Nacimiento: _____,**

Por la presente, autorizo a cualquier farmacia, administrador de beneficios farmacéuticos (PBM), plan de salud, proveedor de atención médica o cualquier otra entidad que mantenga mis registros de medicamentos recetados a divulgar a Sameer Chopra MD PLLC la información sobre mis medicamentos recetados, incluyendo los medicamentos actuales y pasados, el historial de resurtidos, los registros de dispensación, la información sobre alergias, las reacciones adversas a medicamentos y el historial de recetas de sustancias controladas. Comprendo que esta información se solicita para ayudar a mis proveedores de atención médica a brindar una atención médica segura y eficaz, lo cual incluye evaluar mi estado de salud, verificar mi historial de medicamentos, identificar posibles interacciones medicamentosas, prevenir recetas duplicadas o incompatibles, coordinar el tratamiento entre los proveedores de atención médica, garantizar una conciliación precisa de los medicamentos y cumplir con las normas de atención aplicables. Comprendo que la divulgación de esta información ayudará a mis proveedores de atención médica a tomar decisiones clínicas fundamentadas respecto a mi diagnóstico, tratamiento y atención continua. Reconozco que esta autorización es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento mediante notificación por escrito, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas basándose en dicha autorización. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____**Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____**

Si lo firma un representante personal:

Nombre del Representante: _____ Fecha: _____**Firma del Representante: _____ Fecha: _____****Relacion al Paciente: _____**