



# **GREATER BADEN MEDICAL SERVICES**

Primary and Preventive Health Care

## **Consentimiento para obtener el historial de prescripción (Rx)**

Yo, \_\_\_\_\_, cuya firma aparece a continuación, autorizo a Greater Baden Medical Services, Inc. y a sus proveedores a ver mi historial de recetas externo a través del sistema EHR de eClinicalWorks. Entiendo que esto incluye, entre otros, el historial de recetas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y/o administradores de beneficios de farmacia que pueden ser vistos por el proveedor y el personal de Greater Baden. Esto también puede incluir recetas que datan de varios años.

**MI FIRMA CERTIFICA QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO EL CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL EXTERNO DE RECETAS**

Firma del paciente \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_