



## Consentimento para obtenção do historial de prescrições

Este formulário de consentimento autoriza a Prima CARE, P.C., a obter e analisar o meu historial de prescrições. Um historial de prescrições pormenorizado facultará ao meu prestador de cuidados de saúde da Prima CARE informações acerca da medicação que me foi prescrita por outros prestadores de cuidados médicos. Essas informações melhorarão a exatidão dos nomes e dosagens dos medicamentos no meu registo médico da Prima CARE e ajudarão a evitar reações adversas a medicamentos.

Ao assinar este formulário de consentimento, concordo que compreendo e dei o meu consentimento informado à Prima CARE para que solicite e utilize o meu historial de prescrição de medicamentos de outros prestadores de cuidados de saúde, farmácias e pagadores de benefícios (como a minha companhia de seguros) para fins de tratamento.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas tiveram uma resposta que entendo satisfatória.

Nome do doente (em maiúsculas): \_\_\_\_\_

Data de nascimento do doente: \_\_\_\_\_

Assinatura do doente: \_\_\_\_\_

Data de assinatura do formulário de consentimento: \_\_\_\_\_