



## Consentimiento para obtener un historial de medicamentos

Este formulario de consentimiento autoriza a Prima CARE, P.C., a obtener y revisar mi historial de medicamentos. Un historial de medicamentos detallado brindará a mi proveedor de atención médica de Prima CARE información sobre los medicamentos recetados por otros proveedores en mi atención médica. Esta información mejorará la exactitud de nombres y dosis de los medicamentos en mi expediente médico de Prima CARE y ayudará a evitar interacciones adversas de drogas.

Al firmar este formulario de consentimiento, acuerdo que comprendí y que di un consentimiento informado para que Prima CARE solicite y use mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica, farmacias y pagadores de beneficios (como una compañía de seguro médico) con el propósito de brindar tratamiento.

Se me dio la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas se respondieron satisfactoriamente.

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de firma del formulario de consentimiento: \_\_\_\_\_