

Authorization to Obtain Medication History

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de Social: _____

Direccion: _____

Al Firmar, Autorizo a Riverhills Community Health Center, a obtener el archivo de medicamentos del paciente nombrado en las farmacias participantes y/o a los encargados de la farmacia para continuar el tratamiento medico necesario.

Fecha de autorizacion

Paciente/representante legal o padre/guardian legal Imprima Nombre

Paciente/representante legal o padre/guardian legal firma

Entiendo que esta autorizacion es revocable con una carta/aviso hecho a la oficina de donde se obtuvo la autorizacion original, con la excepcion de que ya se haigan tomado medidas a esta autorizacion. Riverhills Community Health Center no podra poner condicion al proveer tratamiento, pago, o inscribirlo en el plan de salud, o beneficios elegibles de esta autorizacion.