WAKE COUNTY NORTH CAROLINA
Human Services

TEL 919 212 7000
FAX 919 212 7976

Public Health Center
10 Sunnybrook Rd. ● P.O. Box 14049 ● Raleigh, NC 27620-4049
www.wakegov.com

Consentimiento para obtener el historial de medicamentos del paciente

Nombre del paciente_____

de ID_____ Fecha de nacimiento_____

Yo entiendo que como parte de mi cuidado de salud (o el cuidado de salud del paciente), WCHS tiene derecho a obtener mi antecedente de medicamentos (o el del paciente) utilizando intercambio electrónico de información a través de Sure Scripts Rx Hub. Este antecedente de medicamentos puede ayudar con tratamiento y evitar interacciones potencialmente peligrosas entre drogas. Yo entiendo que el historial de medicamentos obtenido entrará a formar parte de mi registro médico electrónico (o el del paciente).

Yo entiendo que Sure Scripts RxHub puede contener información sobre mis prescripciones (o las del paciente) que han sido llenadas en cualquier farmacia en cualquier lugar y que están cubiertas por cualquier plan de seguro médico. Esto incluye, pero no se limita a, medicinas de prescripción para tratar SIDA/VIH, medicinas utilizadas para tratar condiciones de salud mental (tales como depresión, ansiedad, o trastorno bipolar) o medicinas utilizadas para tratar un trastorno por uso de sustancias (tales como alcohol o abuso de drogas).

Yo entiendo que el historial de medicamentos obtenido a través de Sure Scripts Rx Hub tal vez no esté completo. Puede que no incluya información de una farmacia que no pone a disposición antecedentes de medicamentos, o drogas compradas sin utilizar aseguranza. Además puede que no incluya medicinas de venta libre, vitaminas, suplementos, o remedios herbarios. Yo entiendo que yo (o el paciente) aún así debería discutir mi antecedente de medicamentos completo (o el del paciente) con el proveedor de atención.

El Aviso de Normas de Privacidad de Wake County Human Services contiene más información sobre cómo mi información de salud (o la del paciente), que incluye este antecedente de medicamentos, puede ser utilizada. El Aviso de Normas de Privacidad está disponible bajo pedido.

_____**Por medio de la presente yo doy mi consentimiento a Wake County Human Services para obtener el historial de medicamentos del paciente arriba mencionado de Sure Scripts RxHub, mi farmacia, planes de salud, y otros proveedores de atención médica (o los del paciente) tal como sea requerido o aconsejable a divulgar, tramitar, recuperar, transmitir, y/o ver información que sea necesaria para mi cuidado y tratamiento (o el del paciente).**

_____**YO NO DOY mi consentimiento a Wake County Human Services para obtener el historial de medicamentos del paciente arriba mencionado de Sure Scripts RxHub, la farmacia, planes de salud, y otros proveedores de atención médica del paciente.**

_____ _____
Firma del paciente / representante autorizado Fecha

Yo soy __ el paciente
__ el padre del paciente, quién es menor de 18 años de edad
__ un representante autorizado nombrado por el tribunal del paciente.