

## **Consentimiento para el historial de prescripciones médicas**

Otorgo mi consentimiento voluntario para permitir que Texas Oncology tenga acceso y use mi historial de prescripciones médicas por parte de otros proveedores de atención médica o terceros responsables del pago de los beneficios de farmacia con fines de tratamiento. Comprendo que mi historial de prescripciones médicas (que incluye medicamentos recetados, análisis de laboratorio y otra información de historial farmacológico previo, entre otros) de múltiples proveedores médicos sin afiliación a Texas Oncology, compañías de seguro y administradores de beneficios de farmacia puede ser consultado por los proveedores y el personal que me atienda aquí, y que dicho historial puede incluir prescripciones con varios años de antigüedad.

Acepto que Texas Oncology pueda usar sistemas de intercambio de información de la salud para transmitir, recibir y/o tener acceso electrónico a mi historial de prescripciones.

Comprendo que este **Consentimiento para el historial de prescripciones médicas** será válido y tendrá vigencia mientras siga asistiendo a o recibiendo servicios de Texas Oncology, a menos que yo lo revoque por escrito y presente dicha revocación a cada práctica médica a la que asista o de la que reciba servicios.

**Certifico que he leído o me han leído este formulario.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta (paciente):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/representante legalmente autorizado:**

\_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (si no lo firma el paciente):**

\_\_\_\_\_

Para los pacientes que requieran la traducción o lectura verbal de este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firmar a continuación:

**Firma del lector/traductor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que el *Aviso de prácticas de privacidad* de Texas Oncology proporciona información sobre el uso y/o divulgación que la práctica y sus empleados pueden hacer de mi información de la salud protegida en lo que respecta a tratamiento, pago, operaciones de atención de la salud y otros usos permitidos por la ley. Comprendo que Texas Oncology no será responsable del uso o redivulgación de información por parte de terceros.

Reconozco haber recibido una copia impresa del *Aviso de prácticas de privacidad* de Texas Oncology.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales del paciente)**