

**Acuse de Recibo del Acuerdo Medicamentos y Política Recargas**

Con la firma de este reconocimiento, Confirmo que he leído, entendido, y aceptado todas de las políticas y secciones in the Medication Agreement and Refill Policy. Estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de este acuerdo y entender que el incumplimiento para cumplir con este acuerdo puede resultar en mi despido como paciente de Antonio A. Flores, M.D. P.A.

**Tenga en cuenta que la medicación no será prescrito sin la aceptación de este acuerdo.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: (Manuscrito) Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: Guardián: (Si procede)

**Autorización a Acceso de la Información de Prescripción Histórico**

Yo por la presente autorizó los proveedores de servicios médicos de Antonio A. Flores, M.D. P.A. para acceder a mi información histórica de medicamentos recetados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardián: (Si procede)