



**VALLEY INTENSIVISTS, PULMONOLOGISTS AND
SLEEP SPECIALISTS**

1200 E. Savannah Ave. Suite 12
McAllen, TX 78503
Tel: (956) 688-6300 Fax: (956) 688-6303

CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO

Autorizo a Valley Intensivists, Pulmonologists and Sleep Specialists (VIPS) a obtener mi historial de medicamentos de fuentes externas, incluyendo, entre otras:

- Compañías de seguros
- Administradores de beneficios de farmacia (PBMs)
- Farmacias y bases de datos de farmacias

Este historial de medicamentos puede incluir recetas surtidas durante los últimos 12 meses y se utilizará para fines de tratamiento, conciliación de medicamentos y para mejorar la precisión y la seguridad de mi atención médica.

DERECHOS DEL PACIENTE

- Entiendo que esta autorización es voluntaria y no afectará mi capacidad para recibir tratamiento.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la oficina.
- Entiendo que la información obtenida puede incorporarse a mi expediente médico y utilizarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permitido por HIPAA.

Nombre del paciente / representante legal: _____

Firma: _____ Fecha: _____