



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

La prescripción electrónica se define como la capacidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La receta electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA, por sus— enumeró los estándares que deben incluirse en un programa e-Prescribe. Estos incluyen:

- Transacciones de formularios y beneficios — Proporciona al prescriptor información sobre qué medicamentos están cubiertos por el beneficio de medicamentos

plan.

- Transacciones de historial de medicamentos - Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando

minimizar el número de eventos adversos de los medicamentos.

- Notificación de estado de llenado - Permite al prescriptor recibir un aviso electrónico de la farmacia que le indica si el paciente es

la receta ha sido recogida, no recogida, o parcialmente llenada.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Integrated Healthcare of South Florida, Inc. puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Integrated Healthcare of South Florida, Inc. para inscribirme en el Programa e-Prescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Entiendo que esta autorización es revocable previa notificación por escrito a la oficina en la que se conserva la autorización original, excepto a

la medida en que ya se ha dado lugar a esta autorización.

\_\_\_\_\_ **Aceptar** \_\_\_\_\_ **Rechazar**

Imprimir paciente(es) Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Firma de la Pacientat \_\_\_\_\_

Relación con el(los) paciente(es) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_