



Electronic Prescription Medication Consent Form

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Finger Lakes Community Health uses an electronic medical record system that allows electronic prescribing of medications. Medications are sent to your pharmacy through a secure electronic prescription connection (RxHub) which improves the timely and accurate transmission of your medication information.

To optimize the use of this electronic capability fully, and to coordinate your care between us, your specialists, and past medical care, we ask that patients allow us to access their medication history through our electronic medical record system.

Please check only one of the following:

- I consent to allow my provider to access all of my medication history.
- I do not give consent to my provider to access any of my medication history externally.

Signature

Date

Consentimiento Para el Sistema Electrónico de Recetas

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Finger Lakes Community Health utiliza un sistema de registro médico electrónico que permite la receta electrónica de medicamentos. Los medicamentos se envían a la farmacia a través de una conexión de receta electrónica segura (RxHub), que mejora la transmisión en corto tiempo y de manera precisa de sus medicaciones.

Para poder usar este sistema en su totalidad, y para coordinar sus servicios médicos entre nosotros, sus especialistas y su cuidado médico previo, le pedimos que nos permita tener acceso a su historial de medicamentos a través de nuestro sistema de registro médico electrónico.

Por favor marque el que aplique (solo marque uno):

- Doy mi consentimiento para que mi proveedor medico tenga acceso de mis historial de medicamentos completo.
- No doy mi consentimiento para que mi proveedor medico tenga acceso a mi historial de medicinas externo.

Signatura

Fecha