

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.

I understand that my consent will be in place as long as I am a patient of Finger Lakes Community Health or until I rescind my consent in writing and deliver it to a Finger Lakes Community Health center.

Signature

Date

Consentimiento Para el Sistema Electrónico de Prescripciones

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 médica electrónica segura (RxHub), que mejora la transmisión a tiempo y de manera precisa de la información de sus medicamentos.

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

Entiendo que mi consentimiento estará vigente mientras sea paciente de Finger Lakes Community Health o hasta que revoque mi consentimiento por escrito y lo entregue a un centro de salud de Finger Lakes Community Health.

Firma

Fecha