



Formulario de Solicitud de Historial de Prescripción

Instrucciones: Para solicitar una copia de su historial de prescripción, complete la siguiente información, firme en el espacio proporcionado y regrese a Eagle Pharmacy, 350 Eagles Landing Drive, Lakeland, Florida 33810 o por fax al (877) 283-9171.

SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SECCION B: FECHAS DE HISTORIAL DE PRESCRIPCION

Período de tiempo del historial de prescripción: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

SECCION C: RECONOCIMIENTO DE HISTORIAL DE PRESCRIPCION

Estoy solicitando una copia de mi historial de recetas para el período de tiempo indicado anteriormente. Autorizo a Eagle Pharmacy a enviar mi historial de recetas a la siguiente dirección:

Dirección : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Entiendo que la información sensible como: salud mental, VIH/SIDA y abuso de alcohol/drogas puede incluirse en el historial de recetas, si dicha información está archivada en Eagle Pharmacy.

**Si la persona que firma este formulario no es el paciente, la persona debe firmar y adjuntar documentación que muestre autorización para actuar en nombre del paciente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____