



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**MRN #:** \_\_\_\_\_

## **Autorizaciones de nosotros regionales del Sur**

### **Foto Consentimiento**

Autorizo a Southern regional nosotros (SRAHEC) tomar mi fotografía para su inclusión en mi electrónica historial médico retenido por el centro de medicina familiar. Lo entiendo fotografía es a los efectos de la identificación precisa del paciente, salvaguarda mi información personal y de familiarización por el personal de oficina y la Physician(s). Entiendo que la foto sólo se utiliza con fines de SRAHEC. Entiendo que es la política de SRAHEC para obtener la fotografía por la segunda visita para nuevos pacientes y la visita tras la visita a la que Esta autorización se hace en primer lugar para los pacientes establecidos. Entiendo que Si me niego a tener mi fotografía como requerido por la política SRAHEC, me lo se le pida que encontrar una nueva práctica para proporcionar servicios médicos para mí.

### **/ Medicamentos de prescripción Consentimiento de la historia**

Autorizo a Southern regional nosotros (SRAHEC) para obtener mi historia/medicamentos recetados electrónicamente de múltiples fuentes de médicos fuera de nuestro práctica y varias de las farmacias. Autorizo a SRAHEC para obtener este historia/medicamento de venta con receta es tan a menudo como SRAHEC determina la información necesarios para mi atención médica. Tengo entendido que el acceso a esta información es lo importante para mi atención que si me niego a autorizar SRAHEC para obtener mi historia/medicamentos recetados, me no permite continuar como un paciente en SRAHEC o, si un paciente nuevo, no puede permitirse inscribirse como un paciente en SRAHEC.

**Por firma leído y estoy de acuerdo a ambos los consentimientos anteriores que se detalla la foto Consentimiento y el consentimiento de medicamentos de prescripción/historia.**

\_\_\_\_\_

**Signature**

**Date**