

MEDICATION HISTORY CONSENT FORM

By signing below I give permission for **Enticare, PC** to access my pharmacy benefits data electronically through RxHub. This consent will enable **Enticare, PC** to:

- Determine the pharmacy benefits and drug co pays for a patient's health plan.
- Check whether a prescribed medication is covered (in formulary) under a patient's plan.
- Display therapeutic alternatives with preference rank (if available) within a drug class for medications.
- Determine if a patient's health plan allows electronic prescribing to Mail Order pharmacies, and if so, e-prescribe to these pharmacies.
- Download a historic list of all medications prescribed for a patient by any provider.

In summary, we ask your permission to obtain formulary information, and information about other prescriptions prescribed by other providers using RxHub.

Patient Name (Print)

Patient Signature

Date

COMMUNICATION CONSENT FORM

By signing below, I give Enticare PC permission to communicate with me via the e-mail given on the new patient paperwork. I understand that the purpose of any such communication will be for educational information, access to our portal, and for news related to our practice and or your provider that may affect you.

Patient Name (Print)

Patient Signature

Date

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Al firmar a continuación, doy permiso para que **Enticare, PC** acceda a los datos de mis beneficios de farmacia de forma electrónica a través de RxHub. Este consentimiento permitirá a **Enticare, PC** :

- Determinar los beneficios de farmacia y los copagos de medicamentos para el plan de salud de un paciente.
- Verifique si un medicamento recetado está cubierto (en el formulario) según el plan del paciente.
- Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamento para medicamentos.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a las farmacias de pedidos por correo y, de ser así, Recetas electrónicas en estas farmacias.
- Descargar una lista histórica de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, le pedimos permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas recetados por otros proveedores que usan RxHub.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Al firmar a continuación, doy permiso a Enticare PC para comunicarse conmigo a través del correo electrónico que figura en la documentación del nuevo paciente. Entiendo que el propósito de dicha comunicación será para información educativa, acceso a nuestro portal y paraticias relacionadas con nuestra práctica y su proveedor que puedan afectarlo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha