

Autorización de agente para el transporte de documentos

Si usted es:

- 1) un paciente que no puede llevar su solicitud de servicio a SVdP Pharmacy usted mismo, o
- 2) un voluntario o agente que desea presentar una solicitud de servicio en nombre de un paciente potencial, Debe enviar una copia de este formulario con la solicitud completa y copias de toda la documentación necesaria. Si el paciente o agente tiene preguntas o inquietudes sobre el envío de sus documentos, comuníquese con la farmacia.

Autorización del paciente

Con mi firma a continuación, autorizo a la persona que figura a continuación a transportar esta información a SVdP Pharmacy con el fin de enviar mi solicitud de servicio. Entiendo que esta persona no trabaja para SVdP Pharmacy y está completando esta tarea de manera voluntaria. Esta persona puede transportar mis documentos a la farmacia, pero no participará en el proceso de calificarme para el servicio.

Escriba el nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

Fecha _____
(O firma del tutor legal)

Reconocimiento de agente

Con mi firma, prometo transportar la solicitud y la documentación completa del paciente de manera segura y directa a la ubicación de la Farmacia SVdP, tomando precauciones razonables para no arriesgarnos a perder su información de salud sensible o personal. También prometo no hacer copias de su documentación ni retener ninguno de sus registros o solicitudes por ningún motivo. Reconozco que no trabajo para SVdP Pharmacy y estoy completando esta tarea de forma voluntaria.

Nombre del agente de impresión _____

Firma del agente _____

Fecha _____