



Fecha: _____

Al firmar abajo, autorizo permiso a South Alamo Medical Group para acceder a mis beneficios de farmacia electrónicamente a través de Rx Hub. Mi consentimiento permitirá South Alamo Medical Group para:

- determinar los beneficios de la farmacia y copagos de medicamento.
- si un medicamento está cubierto por el formulario del plan del seguro
- Verificar ver las alternativas de medicamento que se encuentran en el formulario de su seguro
- descargar una lista de todos los medicamentos que se han recetado
- obtener mis beneficios de recetas e información sobre otros medicamentos recetados para mí por otros proveedores fuera de South Alamo Medical Group

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de guardian: _____

Firma de Guardian: _____

Downtown
740 South Alamo
S.A. Tx 78205

Pediatrics
7355 Barlite #201
S.A. Tx 78224

Southside
7355 Barlite #301
S.A Tx 78224

Southeast
4203 E. Southcross
S.A. Tx 78222

Northwest
9215 Westover Hills
S.A. Tx 78251