



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