

Formulario de consentimiento para medicamentos



Nombre del participante: _____ **Fecha del plan:** _____

Nombre del representante legalmente autorizado: _____

Proveedores médicos extendiendo la receta: _____

Acuerdo de consentimiento: De conformidad con el Estatuto 33-21-154 de Wyoming, por este medio acepto que las personas y organizaciones proveedoras indicadas aquí y los empleados de las organizaciones proveedoras se conozcan como “amigos” designados. Por este medio, autorizo a estos “amigos” para que asistan al participante nombrado en este formulario con los medicamentos y protocolos médicos durante las fechas siguientes: _____ a _____. *(El consentimiento no es válido después de un año)*

Nombre de las personas y organizaciones proveedoras que tienen permiso para asistir:

Los proveedores de Exención que asisten con medicamentos deben hacerlo de conformidad con los estándares para asistencia de medicamentos de la División de Financiamiento de Servicios Médicos.

Yo acuerdo que mis proveedores puedan administrar medicamentos según como fueron entrenados. Yo he leído y entendido esta autorización con fecha del _____.

(Firma del participante o representante legalmente autorizado)