

Formulario de consentimiento para medicamentos



HOME AND
COMMUNITY-
BASED
SERVICES
WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

Nombre del participante: _____ Fecha del plan: _____

Nombre del representante legalmente autorizado: _____

Médico(s) que prescribe: _____

(Por favor enumere todo autoridades que prescriben)

Acuerdo de consentimiento: De acuerdo con el Estatuto de Wyoming 33-21-154, por la presente reconozco que las personas y/u organizaciones proveedoras enumeradas en este documento, y los empleados de las organizaciones proveedoras, se conocen como “amigos” designados. Por la presente autorizo a estos “amigos” a ayudar al participante nombrado en este formulario con medicamentos y protocolos médicos durante las siguientes fechas: _____ a _____. (El consentimiento no es válido durante un año).

Nombre de las personas u organizaciones proveedoras que tienen permiso para ayudar:

Los proveedores de exención que ayudan con los medicamentos deben hacerlo de acuerdo con los estándares de asistencia con medicamentos de la División de Financiamiento de la Atención Médica.

Acepto que mis proveedores puedan administrar medicamentos según lo capacitado. He leído y entiendo esta autorización, de fecha _____.

(Firma del participante o representante legal autorizado)