Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD
Noureen Husain, MD • Pooja Chandra, MD • Yvonne Ibe, MD

Autorización para Registros de Farmacia

Autorizo a Cobb Pediatric Associates y a su personal a obtener y revisar los registros de farmacia y de recetas médicas de mi hijo/a. Esto incluye el historial de medicamentos y la información de dispensación de farmacias, administradores de beneficios de farmacia, aseguradoras y el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Georgia (PDMP), según lo permita la ley, con el propósito de tratamiento y manejo de medicamentos durante la atención de mi hijo/a en esta práctica.

Firma del Padre/Madre o Tutor(a) Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Sustituto: _____ Fecha: _____

1060 Windy Hill Rd, Suite 200, Smyrna, GA 30080
(770)941-7709 www.cobbpedassoc.com