

## AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR PRISCRPTION

I authorize the office of Dr. Luis H. Lugo, M.D. to send my prescription(s) to the pharmacy over e-prescribe.

\_\_\_\_\_

Your Name

\_\_\_\_\_

Date

Yo autorizo a la oficina de Dr. Luis H. Lugo, M.D. a mandar las medicina(s) a mi farmacia por el servicio electronico.

\_\_\_\_\_

Su Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha

Me niego a participar en la receta electrónica. Yo niego xàbia en el servicio de farmacia electronica.

\_\_\_\_\_

Name/ Nombre

\_\_\_\_\_

Date/Fecha