

Release of information:

I authorize Dr Jose Or casita, Ng, and medical staff team to access my pharmacy database in order to retrieve all of my prescribed given to me by other physicians.

Name: _____ Date _____ -

Autorizo al Dr Orcasita a tener acceso a mi informacion de la farmacia para obtener mi lista de medicinas.

Muchas Gracias

Nombre: _____ Fecha: _____