

## AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA DE FORMULAS

Se DEBEN cumplir los siguientes requisitos para recoger una receta para el paciente o su representante autorizado:

1. Presentar una licencia de conducir o una identificación estatal vigente.
2. Firmar la declaración a continuación para actuar en nombre del paciente.

### Paciente

---

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

---

Firma

Fecha

### Persona autorizada

---

Nombre de la persona autorizada a recoger

Relación con la paciente

---

Firma:

Fecha

### Medicamento(s)

Medicamento(s)	Cantidad

### SOLO PARA USO DE OFICINA

Clermont  Lake Nona  Kissimmee  Orlando  Oviedo

---

Firma del proveedor o del MA

Fecha

#### CONSULTORIOS MÉDICOS

407 652 6000  
407 203 3015

12617 Narcoossee Rd, Suite 112, Orlando FL 32832  
2881 Delaney Ave, Orlando FL 32806

805 Oakley Seaver Dr, Suite 103, Clermont FL 34711  
821 E Oak St, Kissimmee, FL 34744  
1300 City View Center, Oviedo 32765

