LUIS LUGO M.D. INTERNAL
MEDICINE
PORTAL

AUTHORIZATION TO SEND E PRISCRIPTION

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 pharmacia por el servicio electronico.

_____ _____

Su Nombre Fecha

I refuse to participate in the electronic prescription service. Yo refuse participar en el servicio de pharmacia electronica.

_____ _____

Name/ Nombre Date/Fecha