

Instrucciones

Llene este formulario y devuélvalo a Wellpartner, P.O. Box 5909, Portland, OR 97228-5909.
Asegúrese de adjuntar las recetas médicas originales junto con la información del pago.

INFORMACION PACIENTE

Apellido: _____

Nombre: _____ MN: _____

Fecha de Nacimiento / / Sexo: _____

Doctor Primario: _____

Telefono de Dr. Primario: - -

Registro Medico # (de ser aplicable): _____

Alergias (Todas las que sean aplicables):

- Ninguna Conocida Aspirina Codeina Erythromycina
 Penicilina Morfina Sulfonamina Otro:

Condiciones Medicas (Todas las que sean aplicables):

- Ninguna Conocida Ulcera Activa Artritis
 Asma Paro Cardiaco Congestivo Diabetes
 Alta Presion Sanguinea Hipertiroides Hypotiroides
 Desorden de Riñon Desorden de Hgado Embarazo
 Otro:

INFORMACION DE ASEGURANSIA

Programa Estatal de Asistencia Medica,
Numero de Identificacion: _____

Beneficio OHP (Elegir uno): OHP Estandar OHP Mas

Cientes de OHP: Ponga su numero de recipiente (encontrado en el campo 11 sobre su asistencia medica) en el campo marcado, el programa estatal de asistencia medica numero de ID principal. Su paquete de beneficios es encontrado en el campo 9B. Sobre su ID OMAP de asistencia medica.

INFORMACION DE ENVIO

Domicilio Permanente Direccion para esta orden solamente

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono de Dia: - -

Direccion de Correo Electronico: _____

INFORMACION DE PAGO

Cheque Incluido Giro Postal

Tarjeta de Credito: DISCOVER VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS

Numero de Tarjeta de Credito: _____

Fecha de Vencimiento: /

Nombre en la Tarjeta: _____

Firma de Titular: _____

PREFERENCIA GENERICA

¿Genericos? Si No

Note: La comprobacion no puede causar precios mas altos ni co-pagos. Algunos planes requieren que prescripciones sean llenadas usando una alternativa generica. En todos los casos, nos conformaremos a las limitaciones de su plan.

PREFERENCIA TAPA DE SEGURIDAD

La ley federal requiere que nosotros dispenseemos su medicamento con tapa resistente infantil. Si usted **NO** quiere recibir su medicamento con tapa resistente infantil, por favor firme abajo.

Firma: _____

ARTICULOS DE PRESCRIPCION (NUEVO, RELLENO Y TRANSFERENCIA)

(Para Transferencia) Nombre y Numero de Telefono de Farmacia	Nombre y Numero Telefonico de Doctor	# Prescripcion	Nombre y Miligramos de medicamento	Cantidad	Precio/Copago
1					
2					
3					

ARTICULOS NO RECETADOS

# de Articulo	Descripcion de Articulo	Cantidad	Precio Cada Uno	Precio/Copago
Cargos de envio:				
CANTIDAD TOTAL POR ORDEN:				

