

Nombre del Paciente: _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección: _____ Masculino ____ Femenino ____
Calle

_____/_____/_____
Ciudad Estado CP

Telefonico: (____) _____ Por favor marque: De La casa Celular Del Trabajo
Al proporcionar su número de teléfono, usted acepta recibir notificaciones de recogida, recordatorios de recarga, información sobre vacunas y otra información relacionada con farmacia a través de llamadas o mensajes de texto automatizados.

¿Cómo prefiere que le notifiquemos que su receta está lista? Teléfono Texto Email

Email: _____

¿Desea que el surtido de su medicamento de seguimiento se repita automáticamente? Sí ____ No ____
(Esta opción no está disponible para las recetas de Medicaid, Medicare Parte B, o medicinas controladas).

¿Tiene tarjeta de seguro para recetas médicas? Sí ____ No ____ **Si Sí, favor de presentar la tarjeta.**

¿Quiere tapa fácil de abrir en su envase del medicamento? **(INDIQUE CON SUS INICIALES)** Sí ____ No ____
Esta no es una opción en las recetas infantiles. Al indicar que sí con sus iniciales, usted acepta que se responsabiliza por cualquier niño en su hogar. Cualquier persona con niños en su hogar debería especificar no a esta pregunta.

¿Es alérgico a alguna cosa? (Favor de marcar abajo) No tiene conocimiento de las alergias

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Tetraciclinas |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Medicamentos Sulfas |
| <input type="checkbox"/> Cefalosporinas | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Otros |

Favor de especificar _____

Por favor enliste cualquier producto sin receta médica que actualmente esté tomando.

Por favor enliste cualquier receta médica que este actualmente usando, no comprada en esta farmacia.

¿Cuales son los problemas de salud que actualmente le afectan?

Firma

Fecha

Aprobado por: _____