



Informacion Paciente

Apellido _____
 Nombre _____ MN _____
 Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer
 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 Cardiac Congestivo Diabetis
 Hipertension (alta Presion Sanguínea) Hipertiroides
 Hypotiroides Desorden de Riñon Desorden de Hígado
 Otro _____

Informacion de Envio

Domicilio Permanente Direccion para esta orden solamente
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
 Telefono de dia _____
 Direccion de correo electronico _____

Informacion de Aseguransa

Plan de aseguransa _____
 Nombre/Numero de grupo _____
 Numero de ID del titular _____
 Nombre de titular primario _____
 Relación a titular: Yo Cónyuge Hijo/dependiente
 Numero de Teléfono de la aseguransa _____
 (Refiérase al reverso de su tarjeta de seguro)

Cientes del seguro: Por favor note, sus prescripciones seran llenadas de acuerdo con sus limitaciones de plan. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor póngase en contacto con su coordinador de beneficios.

Informacion de Pago

Cheque incluido Tarjeta de credito Giro postal
    
 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					
4					

Articulos no Recetados

# de articulo	Descripcion de articulo	Cantidad	Precio cada uno	Precio Total

Cargos de envio (incluir \$3.95 por ordenes que contengan articulos no recetados solamente):

CANTIDAD TOTAL POR ORDEN:

Por favor complete y regrese el formulario, al domicilio de abajo.
 Asegurese de enviar sus receta(s) originales junto con su cheque, giro postal o informacion de cargo.
 © 1-877-WELLRXS (1-877-935-5797) toll-free or 503-450-0606 (in Portland) © www.wellpartner.com

Wellpartner, P.O. Box 5909, Portland, OR 97228-5909



Your Personal Pharmacy