

NEW PRESCRIPTION MAIL-IN ORDER FORM

Formulario de Pedido por Correo para Nuevas Recetas

1 Member and physician information — please use black or blue ink. One form per member.
Información sobre el miembro y el médico — use tinta negra o azul. Un formulario por miembro.

Member ID Number / Número de Identificación del Miembro:		(Additional coverage, if applicable) Secondary Member ID Number / (Cobertura adicional, si corresponde) N.º de Identificación del Miembro Secundario:	
Last Name / Apellido		First Name / Nombre	MI / Inicial 2.do Nombre
Delivery Address / Dirección de Entrega			Apt. # / N.º de Apto.
City / Ciudad	State / Estado	ZIP / Código Postal	Phone Number with Area Code / Número de Teléfono con Código de Área
Date of Birth (mm/dd/yyyy) / Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Gender / Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Email / Correo Electrónico	
Physician Name / Nombre del Médico		Physician Phone Number with Area Code / Número de Teléfono del Médico con Código de Área	

2 Health history/ Historial médico

<p>Medication Allergies / Alergias a Medicamentos:</p> <p><input type="radio"/> None known / Ninguna conocida</p> <p><input type="radio"/> Amoxil/Ampicillin / Amoxicilina/Ampicilina</p> <p><input type="radio"/> Aspirin / Aspirina</p> <p><input type="radio"/> Cephalosporins / Cefalosporinas</p> <p><input type="radio"/> Codeine / Codeína</p> <p><input type="radio"/> Others / Otros: _____</p>	<p><input type="radio"/> Erythromycin / Eritromicina</p> <p><input type="radio"/> NSAIDs / NSAID</p> <p><input type="radio"/> Penicillin / Penicilina</p> <p><input type="radio"/> Quinolones / Quinolonas</p> <p><input type="radio"/> Sulfa / Sulfamidas</p> <p><input type="radio"/> Tetracyclines / Tetraciclinas</p>
<p>Health Conditions / Condiciones de Salud:</p> <p><input type="radio"/> None known / Ninguna conocida</p> <p><input type="radio"/> Arthritis / Artritis</p> <p><input type="radio"/> Asthma / Asma</p> <p><input type="radio"/> Cancer / Cáncer</p> <p><input type="radio"/> Diabetes / Diabetes</p> <p><input type="radio"/> Others / Otros: _____</p>	<p><input type="radio"/> Glaucoma / Glaucoma</p> <p><input type="radio"/> Heart condition / Condición cardíaca</p> <p><input type="radio"/> High blood pressure / Presión arterial alta</p> <p><input type="radio"/> High cholesterol / Colesterol alto</p> <p><input type="radio"/> Osteoporosis / Osteoporosis</p> <p><input type="radio"/> Thyroid Disease / Enfermedad de la glándula tiroide</p>

Over-the-counter/herbal medications taken regularly / Medicamentos a base de hierbas/de venta sin receta que toma regularmente:

3 Pharmacy processing / Procesamiento de la farmacia

Generic substitution. FDA-approved generic equivalents will be dispensed for brand-name drugs whenever possible, unless you or your physician indicate otherwise. Brand-name medications may be subject to a higher cost. / **Sustitución genérica.** Siempre que sea posible, se despacharán equivalentes genéricos aprobados por la FDA en lugar de los medicamentos de marca, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. Es posible que los medicamentos de marca tengan un costo más alto. **If you require brand-name medications, please list those medications here / Si usted necesita medicamentos de marca, enumere tales medicamentos a continuación:**

Keep on file. If you are including any prescriptions that you want to keep on file for shipment at a later date, please list them here / **Guardar en archivo.** Si incluye recetas que usted desea que se guarden en archivo para su envío en una fecha posterior, enumere las recetas a continuación:

Notes to pharmacy / Notas para la farmacia:

