



**C** Cuéntenos sobre las personas que piden recetas. Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

**Primera persona** con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo (JR, SR)

APODO

Sexo:  M  F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Fecha en que la receta fué escrita: \_\_\_\_\_

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 1ª persona, si nunca la proporcionó o si cambió.

**Alergias:**  Ninguna  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Cacahuates  Penicilina  
 Sulfonamidas/Sulfa  Otra: \_\_\_\_\_

**Afecciones médicas:**  Artritis  Asma  Diabetes  Reflujo gástrico  Glaucoma  Afección cardíaca  
 Hipertensión  Colesterol alto  Migrañas  Osteoporosis  Trastornos de la próstata  Tiroides  
 Otra: \_\_\_\_\_

**Segunda persona** con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo (JR, SR)

APODO

Sexo: M F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Fecha en que la receta fué escrita: \_\_\_\_\_

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona, si nunca la proporcionó o si cambió.

**Alergias:** Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina  
Sulfonamidas/Sulfa Otra: \_\_\_\_\_

**Afecciones médicas:** Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico  Glaucoma  Afección cardíaca  
Hipertensión Colesterol alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la próstata Tiroides  
 Otra: \_\_\_\_\_

**D** Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**E** ¿Cómo querría pagar por este pedido? (Si su copago es \$0, usted no necesita proveer la información de pago.)

**Cheque electrónico.** Pague de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llamar a Servicio al Cliente.)

**Tarjeta de crédito o de débito.** (VISA, MasterCard, Discover, o American Express)

Use su tarjeta en registrada.

Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de vencimiento de su tarjeta.

# de la Tarjeta \_\_\_\_\_ Vence: MM AA

**Cheque o giro postal.** Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

- Haga su cheque/giro postal a nombre de IngenioRx Home Delivery.
- Escribe su No. de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta \$40.

**El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros:**

Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

49-MOF SP 0918 INGENIORX

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

**La entrega regular es gratis** y tomará hasta 5 días después de que su pedido sea procesado.

**Si desea la entrega más rápida, escoja:**

**2º día laboral (\$17)**

Entrega rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.

**El próximo día laboral (\$23)**

**Tiempo de trámite luego de recibir el formulario:**

- Reposiciones: 1-2 días
- Recetas nuevas/renovadas: Dentro de 5 días a menos que se necesite información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)

