



Farmacia de Servicio por Correo
Formulario de fax para el doctor o
la persona que receta el medicamento



160

Nombre de su empresa: _____

PARA QUE ESTE FORMULARIO TENGA VALIDEZ, DEBE ENVIARSE DESDE LA OFICINA DEL DOCTOR O LA PERSONA QUE RECETÓ EL MEDICAMENTO.

SECCIÓN PARA EL PACIENTE

Paciente: Para que se pueda procesar su pedido, debe haberse registrado en Walgreens, contar con una tarjeta de crédito vigente y haber proporcionado su información de envío. Se puede registrar en línea en Walgreens.com/mailservice (en inglés) o por correo, utilizando el formulario que se incluye en su paquete de inscripción.

AVISO IMPORTANTE: El reemplazo de medicamentos de marca por medicamentos genéricos equivalentes constituye una práctica farmacéutica estándar. Walgreens despachará un medicamento genérico equivalente si está disponible y permitido por la persona que lo recetó. Si no desea que se le despache un medicamento genérico o si tiene preguntas acerca de las recetas que solicitó a través del servicio por correo, por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al **800-345-1985**, TTY **877-220-6173**.

Una vez que se haya registrado, por favor, escriba en letra de imprenta su número de ID de miembro y su dirección en el espacio que se proporciona abajo. Luego, entregue este formulario a la persona que le recetó el medicamento para que lo complete y nos lo envíe por fax.

Número de ID del miembro (*Ubicado en la tarjeta*) _____ Teléfono del paciente _____

Dirección del paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SECCIÓN PARA EL DOCTOR O LA PERSONA QUE RECETA EL MEDICAMENTO

Doctor o la persona que receta el medicamento: Envíe este formulario completado por fax a **Walgreens al 800-332-9581**. Debe firmarlo e indicar la fecha. La mayoría de los planes de beneficios de farmacia autorizan un suministro máximo de 90 días de medicamento con tres repeticiones.

Use sólo letra de imprenta y TINTA NEGRA. NO ES VÁLIDO PARA RECETAS CII.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento [DD/MM/AAAA] _____

	Medicamento	Concentración	Instrucciones	Cant.	Número de repeticiones	Dispensar según indicado
Rx 1						<input type="checkbox"/>
	Medicamento	Concentración	Instrucciones	Cant.	Número de repeticiones	Dispensar según indicado
Rx 2						<input type="checkbox"/>

Fecha _____ Número de NPI _____ Número de DEA _____

Se requiere para sustancias controladas

Firma del doctor o la persona que recetó el medicamento _____

Nombre del doctor o la persona que recetó el medicamento (*Por favor, use letra de imprenta*) _____

Dirección del doctor o la persona que recetó el medicamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono del doctor o la persona que recetó el medicamento _____

Número de fax del doctor o la persona que recetó el medicamento _____ Marque la casilla si es un nuevo número de fax

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD: La información de salud constituye información personal relacionada con el estado de salud de una persona. Se le envía por fax después de haber obtenido la autorización correspondiente o en circunstancias que no requieren autorización. Usted tiene la obligación de mantenerla de forma segura y confidencial. Se prohíbe la divulgación de esta información a menos que la ley lo permita o se obtenga la autorización correspondiente del cliente/paciente. La divulgación no autorizada o la violación de la confidencialidad de la información pueden someterlo a las sanciones descritas en las leyes federales y estatales.

ADVERTENCIA IMPORTANTE: Este mensaje está destinado a la persona o entidad al que está dirigido y puede contener información privilegiada y confidencial, cuya divulgación está sujeta a la ley vigente. Si quien lee este mensaje no es su destinatario o el empleado o agente responsable de entregarlo a su destinatario, se le notifica que SE PROHIBE Estrictamente cualquier tipo de divulgación, distribución o copia de esta información. Si recibió este mensaje por equivocación, por favor, notifíquenos de inmediato.

Los nombres de marca son propiedad de sus respectivos propietarios.

©2010 Walgreen Co. Todos los derechos reservados.

WI0201SP-0114