

## Información de Servicio de Farmacia Para el Paciente

---

**Nombre del Paciente**

**Fecha de Nacimiento**

### Estimado Paciente:

Estamos muy contentos de implementar un servicio nuevo para usted llamado E-  
Prescribe en nuestras oficinas. Por que nos dedicamos a proveerle un cuidado  
excepcional, ahora podemos mandar sus recetas electrónicamente a la farmacia que usted  
elija. Por favor llene esta forma lo mejor posible para así servirle mejor. Gracias.

### Su farmacia

### Alergias Médicas

**Nombre** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nosotros tenemos nuestro propio dispensario de medicinas en nuestra oficina de Oxnard  
para las recetas que dan nuestros doctores. Nosotros aceptamos la mayoría de las  
aseguranzas. Para su conveniencia, ofrecemos servicio por correo o también la opción de  
recogerlas en cualquiera de nuestras tres oficinas.

Estaría usted interesado en usar nuestra farmacia para el surtido de sus medicinas si su  
aseguranza es aceptada y se el co-pago fuera el mismo que en otros lugares?

\_\_\_\_\_ **Sí**      \_\_\_\_\_ **No**

### Lista de medicinas

### Información del programa de recetas:

1. \_\_\_\_\_

¿Tiene aseguranza separada para sus  
recetas?

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Sí**      \_\_\_\_\_ **No**

3. \_\_\_\_\_

Si contesto que sí, por favor darnos su  
tarjeta para hacer una copia.

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

¡Gracias por ayudarnos a servirle mejor!

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_