

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

2 Health history | *Historial médico*

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

