

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POR CORREO / MAIL ORDER PHARMACY PROGRAM
FORMULARIO DE REGISTRO Y ORDEN DE MEDICAMENTOS / SERVICE REGISTRATION AND PRESCRIPTION ORDER FORM

Favor de incluir su receta junto con este formulario.
 Please include your prescription with this form.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / PATIENT INFORMATION

Apellido <i>Last Name</i>		Nombre <i>First Name</i>		Inicial <i>Initial</i>	
Fecha de Nacimiento <i>Date of Birth (mm/dd/yy)</i>			Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección Postal <i>Mailing address</i>			Teléfono Residencial <i>Home Telephone</i>		
Dirección Física <i>Physical address</i>			Teléfono del Trabajo <i>Work Telephone</i>		
Ciudad <i>City</i>	País <i>State or Country</i>		Código Postal <i>Zip Code</i>		
Deseo recibir la información de los medicamentos despachados en: <i>I want to receive the information of dispensed medications in:</i>		<input type="checkbox"/> Español <i>Spanish</i>	<input type="checkbox"/> Inglés <i>English</i>		

INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO / HEALTH INSURANCE INFORMATION

Número de Contrato del Paciente <i>Patient's Contract Number</i>		Número de Grupo <i>Group Number</i>		
Nombre del Asegurado Principal <i>Name of Mainholder</i>				
Relación con Asegurado Principal <i>Relationship with Mainholder</i>	<input type="checkbox"/> Asegurado <i>Mainholder</i>	<input type="checkbox"/> Esposa (o) <i>Spouse</i>	<input type="checkbox"/> Hijo (a) <i>Child</i>	<input type="checkbox"/> Otro <i>Other</i>

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / PHYSICIAN INFORMATION

Nombre del Médico <i>Physician's Name</i>	
Teléfono <i>Telephone</i>	Fax <i>Fax</i>

HISTORIAL DE SALUD / HEALTH HISTORY

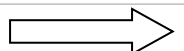
Alergias
Allergies

<input type="checkbox"/> Iodo <i>Iodine</i>	<input type="checkbox"/> Aspirina <i>Aspirin</i>	<input type="checkbox"/> Penicilina <i>Penicillin</i>	<input type="checkbox"/> Codeína <i>Codeine</i>	<input type="checkbox"/> Sulfa <i>Sulfa</i>	<input type="checkbox"/> Ninguna <i>None</i>	<input type="checkbox"/> Otras (especifique) <i>Others (Specify)</i>
--	---	--	--	--	---	---

Condiciones de Salud
Health Conditions

<input type="checkbox"/> Tiroides <i>Thyroid</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> Glaucoma <i>Glaucoma</i>	<input type="checkbox"/> Hipertensión <i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/> Epilepsia <i>Epilepsy</i>	<input type="checkbox"/> Úlceras <i>Ulcer</i>	<input type="checkbox"/> Artritis <i>Arthritis</i>	<input type="checkbox"/> Condiciones Cardíacas <i>Heart Conditions</i>
<input type="checkbox"/> Otras (especifique) <i>Others (Specify)</i>							
Medicamentos que utiliza actualmente (especifique dosis) <i>Medications currently in use (specify dose)</i>							

CONTINUA AL DORSO
PLEASE TURN OVER



FORMA DE PAGO/PAYMENT METHOD

Tarjeta de Crédito
Credit Card

Visa
Visa

Master Card
Master Card

American Express
American Express

Discover
Discover

Número
Number

Fecha de Expiración
Expiration Date

AUTORIZACIÓN/AUTHORIZATION

Los pagos vencen con cada orden. Para esta orden y órdenes futuras se utilizará como forma de pago la tarjeta de crédito seleccionada a menos que usted autorice otra.

Payments are due with each order. To bill this order and future orders, the credit card selected will be use as method of payment, unless you authorize another one.

Firma
Signature

Fecha
Date

MedVantx, Inc., despachará medicamentos bioequivalentes de acuerdo a las disposiciones de ley y según sea autorizado por su médico. Si usted no desea medicamentos bioequivalentes favor de marcar el encasillado a continuación:

MedVantx, Inc., will dispense bioequivalent medications according to law regulations and your physician's authorization. If you do not want bioequivalent medications, please check the box below:

No deseo medicamentos bioequivalentes. I do not want bioequivalent medications.

(Si marca el encasillado pudiera aplicar un copago mayor. By checking this box, a higher copayment may apply)

Favor enviar este formulario y su receta original a la siguiente dirección:
Please send this formulary and the original prescription to the following address:

**MedVantx, Inc.
PO BOX 5736
SIOUX FALLS, SD 57117-5736**

El médico puede enviar la receta por fax a MedVantx Pharmacy para ser procesada. Por favor llame a la farmacia antes de que su médico envíe la receta, para confirmar su dirección de correo y proveer el método de pago: **1-888-868-8660**

*The doctor may fax the prescription to MedVantx Pharmacy to be processed. Please call the pharmacy prior to having your doctor send the prescription to confirm your shipping address and provide payment: **1-888-868-8660***

Para dudas o preguntas favor de llamar al Centro de Servicio de Correo de MC-21:

If you have any doubt or question please call MC-21's Mail Order Call Center:

**Teléfono Libre de Cargo/Toll Free Number
1-866-881-6221**

**Horario de Servicio/Service Hours
Lunes a Viernes: 8:00 am to 9:00 pm /Monday to Friday: 8:00 am to 9:00 pm
Sábado: 8:00 am to 5:00 pm / Saturday: 8:00 am to 5:00 pm**