

**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>			Sexo <i>Sexo</i> <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 medicamentos despachados en: <i>I want to receive information about dispensed medication in:</i>		Español <i>Spanish</i> <input type="checkbox"/>	Inglés <i>English</i> <input type="checkbox"/>	

**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 Policyholder</i>			
Relación con Asegurado Principal <i>Relationship with Policyholder</i>	<input type="checkbox"/> Asegurado <i>Self</i>	<input type="checkbox"/> Esposa (o) <i>Spouse</i>	<input type="checkbox"/> Hijo (a) <i>Child</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**

<b>Alergias</b> <i>Allergies</i>							
<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>	
<b>Condiciones de Salud</b> <i>Health Conditions</i>							
<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/METHOD OF PAYMENT**

**Tarjeta de Crédito**  
**Credit Card**

Visa       Master Card       American Express       Discover

Número      Fecha de Expiración  
*Number*      *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.**

*Payment is 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      Fecha  
*Signature*      *Date*

**Procare Pharmacy Care, LLC. 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:**

*Procare Pharmacy Care, LLC. 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 amount 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:

**Procare Pharmacy Care, LLC.  
2650 SW 145<sup>th</sup> Avenue  
Miramar, FL 33017-6606**

El médico puede enviar la receta por fax a Procare Pharmacy Care 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 (800) 662-0586, Opción 2.**

The doctor may fax the prescription to Procare Pharmacy Care to be processed. Please call the pharmacy prior to having your doctor send the prescription to confirm your shipping address and provide payment: **1 (800) 662-0586, Option 2.**