

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. _____