

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POR CORREO / MAIL ORDER PHARMACY PROGRAM FORMULARIO DE REGISTRO/ENROLLMENT FORM

(Favor de incluir su receta junto con este formulario / Please enclose your prescription with this form)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/PATIENT INFORMATION

Apellido <i>Last Name</i>		Nombre <i>Name</i>	Initial <i>Initial</i>
Fecha de Nacimiento <i>Date of Birth (mm/dd/yy)</i>			Sex ☐ M ☐ F
Dirección Postal <i>Mailing address</i>			Teléfono Residencial <i>Residential Telephone</i>
Dirección Física <i>Physical address</i>			Teléfono del Trabajo <i>Workplace 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: ☐ Español ☐ Inglés <i>I want to receive information about dispensed medication in: Spanish 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>	Fecha de Expiración <i>Expiration Date</i>
Nombre del Asegurado Principal <i>Name of Policyholder</i>		
Relación con Asegurado Principal <i>Relationship with Policyholder</i>	☐ Asegurado <i>Self</i>	☐ Esposa (o) <i>Spouse</i>
	☐ Hijo (a) <i>Child</i>	☐ Otro <i>Other</i>

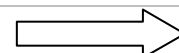
INFORMACIÓN DEL MÉDICO/PHYSICIAN INFORMATION

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

HISTORIAL DE SALUD/HEALTH HISTORY

Alergias <i>Allergies</i>						
☐ Iodo <i>Iodine</i>	☐ Aspirina <i>Aspirin</i>	☐ Penicilina <i>Penicillin</i>	☐ Codeína <i>Codeine</i>	☐ Sulfa <i>Sulfa</i>	☐ Ninguna <i>None</i>	☐ Otras (especifique) <i>Others (Specify)</i>
Condiciones de Salud <i>Health Conditions</i>						
☐ Tiroides <i>Thyroid</i>	☐ Diabetes <i>Diabetes</i>	☐ Glaucoma <i>Glaucoma</i>	☐ Hipertensión <i>Hypertension</i>	☐ Epilepsia <i>Epilepsy</i>	☐ Úlceras <i>Ulcer</i>	☐ Artritis <i>Arthritis</i>
☐ 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 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.

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 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 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:

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

Para dudas o preguntas favor de llamar:

If you have any doubt or question please call:

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

Fax Libre de Cargo/Toll Free Fax Number
1-877-999-3679

Horario de Servicio/Service Hours
24 horas, 7 días (24/7) • 24 hours, 7 days (24/7)