

**SERVICIOS DE FARMACIA MC-21 / MC-21 PHARMACY SERVICES
FORMULARIO DE REGISTRO/REGISTRATION FORM**

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/PATIENT INFORMATION

Apellido: <i>Last Name:</i>		Nombre <i>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>Residential Telephone:</i>
Dirección Física <i>Physical address:</i>			Teléfono de 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 que se despachan en: <i>I want to receive information about dispensed medication in:</i>		Español <input type="checkbox"/> <i>Spanish</i>	Inglés <input type="checkbox"/> <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>	Fecha de Expiración <i>Expiration Date</i>
Nombre 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 <i>Child</i>	<input type="checkbox"/> Otros <i>Others</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

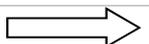
Alergias
Allergies

<input type="checkbox"/> Todo <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 OVE



FORMA DE PAGO/METHOD OF PAYMENT**Tarjeta de Crédito
Credit Card**

<input type="checkbox"/> Visa <i>Visa</i>	<input type="checkbox"/> Master Card <i>Master Card</i>	<input type="checkbox"/> American Express <i>American Express</i>	<input type="checkbox"/> Discover <i>Discover</i>
Número <i>Number</i>			Fecha Expiración: <i>Expiration Date:</i>
Débito a cuenta bancaria: Autorizo a Ameripharma, Inc. a originar débitos electrónicos a mi cuenta bancaria en: <i>Withdrawal from bank account: I hereby give authorization to Ameripharma, Inc. to make electronic withdrawals from my account at:</i>			
Nombre del Banco <i>Bank's Name</i>		Tipo de cuenta <i>Type of account</i>	<input type="checkbox"/> Ahorros/ <i>Savings</i> <input type="checkbox"/> Corriente/ <i>Checking</i>
Número de cuenta de banco <i>Bank's Account Number</i>		Ruta del Banco <i>Bank's Route</i>	
A Nombre de quien está la cuenta <i>Name of account holder</i>			

AUTORIZACIÓN/AUTHORIZATION

Los pagos vencen con cada orden y se utilizará la forma de pago seleccionada para esta orden y órdenes futuras a menos que, usted autorice lo contrario.

Payment is due with each order and will be use the method of payment selected to bill this order and future orders, unless you authorize a different method of payment.

Firma <i>Signature</i>	Fecha <i>Date</i>
---------------------------	----------------------

AmeriPharm 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:

AmeriPharm will dispense bioequivalents medications according law regulations and your doctor authorization. If you do not want bioequivalents medications, please check the box below:

No deseo medicamentos bioequivalentes/I do not want bioequivalent medications
(De marcar 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:

**medvantxINC
PO BOX 5736
SIOUX FALLS, SD 57117**

Para dudas o preguntas favor de llamar:
If you have any 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**