

**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*

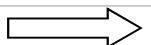
<input type="checkbox"/> Todo <i>Iodine</i>	<input type="checkbox"/> Aspirina <i>Aspirin</i>	<input type="checkbox"/> Penicilina <i>Penicillin</i>	<input type="checkbox"/> Codeína <i>Codeine</i>	<input type="checkbox"/> Sulfa <i>Sulfa</i>	<input type="checkbox"/> Ninguna <i>None</i>	<input type="checkbox"/> 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)  
*Medications currently in use (specify dose)*

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>
<b>Débito a cuenta bancaria: Autorizo a Ameripharma, Inc. a originar débitos electrónicos a mi cuenta bancaria en:</b> <b><i>Withdrawal from bank account: I hereby give authorization to Ameripharma, Inc. to make electronic withdrawals from my account at:</i></b>			
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**