

Formulario de recetas nuevas enviadas por correo

SERVE YOU 
DIRECT

Complete en letra de imprenta usando tinta azul o negra.

Un formulario por miembro.

Envíe este formulario completo por correo postal junto con sus nuevas recetas a: **Serve You DirectRx Pharmacy, P.O. Box 26096, Milwaukee, WI 53226. No anexe las recetas al formulario con grapa o cinta adhesiva.**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Núm. de id. de miembro: _____ Núm. de grupo: _____
Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Dirección de entrega: _____ Núm. de apto.: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Núm. de teléfono principal: (____) ____-____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino Correo electrónico: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Ninguna alergia conocida Aspirina Codeína Iodo Quinolonas Tetraciclinas
 Amoxicilina/Ampicilina Cefalosporinas Eritromicina Penicilina Sulfamidas Otros: _____

AFECCIONES MÉDICAS

Ninguna Asma Epilepsia Presión arterial alta Osteoporosis Otros: _____
 Reflujo ácido Depresión Glaucoma Colesterol alto Problemas de la próstata
 Artritis Diabetes Problema cardíaco Migraña Tiroides: baja/alta

Medicamentos de venta libre/a base de hierbas que se toman regularmente: _____

INFORMACIÓN DE PROCESAMIENTO ADICIONAL

Conservar en los registros. Si incluye alguna receta que desea que quede registrada para su envío en una fecha posterior, indíquela aquí: _____

Notas para la farmacia: _____

Sustitución genérica. Se entregarán los equivalentes genéricos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Medicamentos) en lugar de los medicamentos de marca siempre que sea posible, salvo que su médico indique lo contrario. **Los medicamentos de marca pueden estar sujetos a un costo más alto.**

PAGO Y ENVÍO

El tiempo de procesamiento estándar para los pedidos es de 2 a 3 días hábiles a partir de la fecha en que se recibe el pedido completo en la farmacia. A la hora de realizar su pedido, tenga en cuenta que este puede demorar tiempo adicional. *Serve You DirectRx* se comunicará con usted si llegara a haber una demora en el procesamiento de su pedido. Una vez que se realiza el envío, los medicamentos no se podrán devolver para un reembolso o una modificación.

No envíe efectivo.

- Entrega al día siguiente** (Añada \$35 al monto del pedido)
 Cheque (Pagadero a: *Serve You DirectRx Pharmacy*) Cantidad total adjuntada: \$ _____
 Cobrar a mi tarjeta de crédito registrada
 Cobrar a una NUEVA tarjeta de crédito: Mastercard VISA American Express Discover

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: _____

Dirección de facturación: _____ Código postal de facturación: _____

Núm. de la tarjeta de crédito: _____-_____-_____-_____-_____

Fecha de vencimiento (mes/año): ____/____

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____

Autorizo a *Serve You DirectRx Pharmacy* a mantener en los registros esta NUEVA tarjeta de crédito y usarla como pago para cargos futuros.

Firma: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____