

Formulario de Inscripción para pedido de Prescripciones por Correo

Por favor llene un formulario de inscripción para cada familiar. Envíe por correo el formulario completo a la dirección que se muestra abajo .

Información del paciente

Identificación de Medicaid

Número de grupo

Primer nombre

Inicial

Apellido

Fecha de nacimiento

Género

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono principal celular hogar trabajo

Teléfono secundario celular hogar trabajo

Dirección electrónica (email)

Método de comunicación preferido Texto Email Teléfono

Alergias a medicamentos

- Ninguna
- Aspirina
- Cefalosporina
- Codeína
- Penicilina
- Sulfamida
- Tetraciclina
-

Servicios opcionales de la farmacia

Imprima su nombre (o el nombre del padre/tutor) para dar consentimiento e inscribirse en los servicios.

Conversión para suministro de 90 días (recomendado)

Podemos hacer que sus prescripciones duren más tiempo convirtiéndolas en suministros de 90 días. Yo, _____, doy permiso a la farmacia H-E-B para que convierta los resurtidos restantes de medicamentos con receta en suministros de 90 días y para que llame a mi médico para el resurtido adicional de prescripciones como sea necesario.

Tapas fáciles de abrir (Precaución: no son a prueba de niños)

Yo, _____, doy permiso a la farmacia H-E-B para usar de abrir en las botellas de mis prescripciones. Yo entiendo que éstas tapas no tienen cierres a prueba de niños y que debo guardar mis medicamentos fuera del alcance de los niños.

Transfiera sus prescripciones actuales al pedido por correo de la farmacia H-E-B.

Número del medicamento Rx	Nombre del medicamento	Potencia del medicamento	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia	Dirección de la farmacia
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____

Si usted tiene más prescripciones que le gustaría transferir al pedido por correo de la farmacia H-E-B, por favor escriba la información del medicamento en otra hoja de papel e inclúyala con su formulario.

Envíe sus recetas médicas futuras al pedido por correo de la farmacia H-E-B.

Usted o su doctor pueden enviar nuevas recetas médicas al pedido por correo de la farmacia H-E-B.

Usted puede enviar por correo sus recetas médicas a:

HEB Pharmacy MARC
8300 Floyd Curl Dr
San Antonio TX 78229-3931

OR

Su doctor puede enviar electrónicamente sus recetas médicas a:

HEB Pharmacy MARC
8300 Floyd Curl Dr
San Antonio TX 78229-3931
NABP: 5903605 NPI: 1801185004

o llamar gratis al 1-833-432-7928 para ordenar sus prescripciones.

¿Preguntas?

Si usted tiene alguna pregunta o desea inscribirse por teléfono, por favor llámenos a nuestro número gratuito (24 hrs. al día/7 días a la semana).

1-833-432-7928

Firme y escriba la fecha

Firma del paciente o padre/tutor

Nombre en imprenta del padre/tutor (si es aplicable)

Fecha