

C Cuéntenos sobre las personas que piden recetas. Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

Primera persona con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo (JR, SR)

APODO

Género: M F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 1ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

Alergias: Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina
 Sulfonamidas/Sulfa Otra: _____

Afecciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Afección cardíaca
 Hipertensión Colesterol alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la próstata Tiroides
 Otra: _____

Segunda persona con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo (JR, SR)

APODO

Género: M F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

Alergias: Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina
 Sulfonamidas/Sulfa Otra: _____

Afecciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Afección cardíaca
 Hipertensión Colesterol alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la próstata Tiroides
 Otra: _____

D Instrucciones especiales: _____

E ¿Cómo querría pagar por este pedido? (Si su copago es \$0, usted no necesita proveer la información de pago.)

Cheque electrónico. Pague de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llamar a Servicio al Cliente.)

Tarjeta de crédito o de débito. (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

Use su tarjeta en récord.

Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de vencimiento de su tarjeta.

de la Tarjeta _____ Vence: MM/AA

Cheque o giro postal. Cantidad: \$ _____ . _____

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escriba su N.º de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es devuelto, le cargaremos hasta \$40.

Pago para saldo adeudado y pedidos futuros:

Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también utilizaremos ese método para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

La entrega regular es gratis y tomará hasta 5 días después de que su pedido sea procesado.
Si desea la entrega más rápida, escoja:

2º día laboral (\$17)

Entrega rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.

El próximo día laboral (\$23)

Tiempo de trámite luego de recibir el formulario:

- Reposiciones: 1-2 días
- Recetas nuevas/renovados: Dentro de 5 días a menos que se necesite información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)

