



Formulario de pedido de PrimeMail™ — INFORMACIÓN DEL AFILIADO

INSTRUCCIONES: Escriba con LETRA DE MOLDE en MAYÚSCULAS y con tinta negra solamente. Rellene los óvalos necesarios completamente (●).

¿Tiene alguna pregunta? Llame a PrimeMail al 877.35.PRIME (877.357.7463), o visite nuestra página www.myrxhealth.com.

Solo es necesario llenar las secciones del historial del afiliado y los dependientes la primera vez que se haga un pedido, a menos que haya cambios en la salud del paciente. Marque las alergias o enfermedades que usted, su cónyuge o dependientes saben que tienen, y cualquier otro medicamento que tomen, rellorando los óvalos correspondientes. Especifique cuáles *, según sea necesario. Comuníquese con su médico si no está seguro de alguna parte de esta información.

Si un miembro de la familia no desea que su medicamento se envíe en el mismo paquete junto con el de otros miembros de la familia, pídale que llene un formulario aparte.



HISTORIAL DEL AFILIADO Y LOS DEPENDIENTES

Número de identificación del afiliado (en el frente de la tarjeta)

Número de grupo (en el frente de la tarjeta)

Apellido del afiliado

Sexo: M F

Nombre de pila del afiliado

Inicial

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

PCN (en el frente de la tarjeta)

Número de teléfono

Domicilio de entrega

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico

Apellido del dependiente

Sexo: M F

Nombre de pila del dependiente

Inicial

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Correo electrónico

Apellido del dependiente

Sexo: M F

Nombre de pila del dependiente

Inicial

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Correo electrónico

Apellido del dependiente

Sexo: M F

Nombre de pila del dependiente

Inicial

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Correo electrónico

ALERGIAS						ENFERMEDADES								
Ninguna conocida	Aspirina	Codeína	Penicilina	Sulfamidas	Tetraciclina	Otras alergias*	Ninguna conocida	Diabetes	Epilepsia	Glaucoma	Enfermedad cardíaca	Hipertensión	Úlcera	Otra enfermedad*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Por favor, especifique la "otra alergia" u "otra enfermedad" para cada uno de los afiliados a los que hizo referencia arriba, e indique los medicamentos que toma para ella.

