

### Formulario de pedido de medicamentos con receta

Complete un formulario para cada miembro de la familia que se inscriba en el servicio de pedidos por correo. Si la información no está completa, es posible que su pedido se demore. Envíe este formulario por correo a la dirección que se indica más arriba.

#### Información del paciente

Nombre (apellido, nombre y segundo nombre):

Dirección:

Ciudad:  Estado:  Cod. postal:

Teléfono particular:  Tel. alternativo (si corresponde):

Fecha de nacimiento:  Masculino:  Femenino:  Correo electrónico:

Alergias (a medicamentos, otra):

Problemas de salud:

Medicamentos que toma actualmente:

**Información del plan de medicamentos con receta o seguro** (Únicamente si es nuevo en el programa de entrega a domicilio o si su información ha cambiado desde su último pedido. Si es elegible para Medicare o Medicaid, llame al 800-273-3455 para crear su perfil.)

Soy un cliente nuevo  Mi información ha cambiado  Soy un cliente que paga por cuenta propia

Núm. de id. del seguro:  Núm. de grupo:  Empleador (si corresponde):

Nombre del seguro/plan:  Núm. de BIN:  Núm. de PCN:

Nombre del asegurado/titular de la póliza (apellido, nombre y segundo nombre):

Relación con el asegurado/titular de la póliza:

Núm. de teléfono del seguro/plan:

Prefiere medicamentos de marca:\*  Sí  No

\*Si selecciona "Sí", sus copagos se verán afectados significativamente.

**Información del proveedor de cuidado de la salud** (Proporcione la información sobre el médico al que consulta con mayor frecuencia.)

Nombre del médico:  Teléfono:

---

**Información de pago**

Para ayudar a garantizar la seguridad y la privacidad de su información financiera, no le solicitaremos información de la tarjeta de crédito por fax ni por correo. Para pagar su pedido, denos tiempo para procesar este formulario y, luego, llámenos al 800-273-3455 para brindarnos su información de pago. Además, puede inscribirse en el Programa Rx Express Pay si crea su cuenta por Internet en [walmart.com/homedelivery](http://walmart.com/homedelivery).

---

**Detalles de la receta**

Resurtido     Receta nueva     Transferencia

Nombre de la farmacia:     Teléfono:

Para resurtidos, solo introduzca la cantidad de recetas de las etiquetas de medicamentos actuales. Para recetas nuevas y transferencias, introduzca el nombre, la cantidad y la concentración del medicamento.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. <input type="text"/> | 4. <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/> | 5. <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/> | 6. <input type="text"/> |

Firma:

Fecha: