

Inscripción de Paciente



Seleccione ubicación

FECHA	NECESIDAD POR FECHA	ENVIE A <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> OFICINA - PRIMERA DOSIS <input type="checkbox"/> OFICINA - TODAS LAS DOSIS <input type="checkbox"/> OTRO
REFERIDO POR		TEL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y UTILIZADA ÚNICAMENTE CON FINES CLÍNICOS

Nombre del paciente	Nombre preferido		
Teléfono principal	Teléfono alternativo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección del paciente			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> MaF Femenino <input type="checkbox"/> FaM Masculino <input type="checkbox"/> Otro:			
Gender Identity <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro:			Pronouns
Alergias	340B Elegible: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> PrEP <input type="checkbox"/> Otro	

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del prescriptor	
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
Contacto de la oficina	Teléfono

POR FAVOR ENVÍE POR FAX AMBOS LADOS DE LA TARJETA DE PRESCRIPCIÓN Y DE LA TARJETA MÉDICA

SEGURO

<input type="checkbox"/> Seguro privado Número de identificación:	<input type="checkbox"/> Medicaid Número de identificación:
<input type="checkbox"/> Parte D de Medicare Número de identificación:	<input type="checkbox"/> Otro: Número de identificación:

TRANSFERENCIA DE PRESCRIPCIONES

Nombre actual de la farmacia	Número de teléfono
Prescripción(es)	

Inscripción de Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Dirección del paciente	

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del prescriptor	Entidad/Organización		
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal		
Tipo de Prescriptor: <input type="checkbox"/> Médico (osteópata o alópata) <input type="checkbox"/> Enfermera Practicante <input type="checkbox"/> Asistente Médico	Médico Supervisor (Si prescriptor es un Enfermera Practicante o Asistente Médico):		
Contacto de la oficina	Teléfono	Fax	
Numero DEA	Número NPI (Identificador de Proveedor Nacional)		

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

<input type="checkbox"/> Escrito Abajo <input type="checkbox"/> Prescrito-E (Electrónicamente)		<input type="checkbox"/> Cumplimiento de Envase		
<input type="checkbox"/> Llamó Telefónicamente <input type="checkbox"/> Enviado por fax Separately		<input type="checkbox"/> Instrucciones en Español		
MEDICATION	DOSIS/POTENCIA	DIRECCIONES	CANTIDAD	RECARGAS
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				