

Inscripción de Paciente



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)	