

# 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)	

# 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"/>				