



# Formulario de inscripción en el servicio de farmacia por correo de WellDyneRx

Use este formulario para inscribirse, agregar dependientes o actualizar su información. Envíe el formulario completo a WellDyneRx, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804.

## INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA DE SEGURO

Apellido(s)	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección de facturación	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de envío ( <input type="checkbox"/> La misma que la de facturación)	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. en casa	Tel. celular	Correo electrónico (para recibir información sobre sus pedidos de recetas)	

### Flu-Pon

Nombre del grupo (primario) <b>DRS001</b>	Nombre del grupo (secundario)
Id. del grupo	Id. del miembro
Id. del grupo	Id. del miembro

## ALERGIAS Y CONDICIONES DE SALUD

Para su seguridad, WellDyneRx debe contar con la información sobre sus alergias y condiciones de salud y las de sus dependientes antes de dispensar los medicamentos. Incluya la información para otros miembros de su familia en una hoja aparte.

Información del titular de la tarjeta		Información del dependiente		Información del dependiente	
Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)	
Relación con el titular de la tarjeta		Relación con el titular de la tarjeta		Relación con el titular de la tarjeta	
Fec. nac.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. nac.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. nac.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Alergias a fármacos</b>	<b>Condiciones de salud</b>	<b>Alergias a fármacos</b>	<b>Condiciones de salud</b>	<b>Alergias a fármacos</b>	<b>Condiciones de salud</b>
<input type="checkbox"/> Ninguna conocida	<input type="checkbox"/> Ninguna conocida	<input type="checkbox"/> Ninguna conocida	<input type="checkbox"/> Ninguna conocida	<input type="checkbox"/> Ninguna conocida	<input type="checkbox"/> Ninguna conocida
<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico
<input type="checkbox"/> Cefaloesporinas	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)	<input type="checkbox"/> Cefaloesporinas	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)	<input type="checkbox"/> Cefaloesporinas	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> GERD/Úlceras	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> GERD/Úlceras	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> GERD/Úlceras
<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)*	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)*	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)*	<input type="checkbox"/> Hipertensión
	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática		<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática		<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal

\*Indique el nombre del paciente y las otras alergias a fármacos que tiene.

**Preferencias sobre los medicamentos:** WellDyneRx sustituirá los medicamentos de marca por un medicamento genérico equivalente aprobado por la FDA, siempre que esté disponible y su médico lo permita. Tal como lo confirma la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), los medicamentos genéricos tienen exactamente las mismas propiedades de eficacia, calidad, seguridad y concentración. Indique si prefiere medicamentos de marca o genéricos. Si no marca una casilla, WellDyneRx le enviará medicamentos genéricos.

- Envíenme medicamentos genéricos, si están disponibles y si mi médico lo permite.
- Solo deseo recibir medicamentos de marca. Entiendo que los medicamentos de marca pueden ser más costosos..

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_