



Forma De Registracion Para Pacientes Nuevos

www.a-med.com

Por favor complete y mande por fax esta forma y prescripción a 866.539.1092
o llame la Línea directa de **Farmacia de Especialidad A-Med** a 800.228.3643

Informacion Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Seguro Social: _____ - _____ - _____

Mejor Hora Para Contactar: _____ (am) o _____ (pm) Telefono: (____) _____

Direccion: _____ # De Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

De Medical: _____ #ADAP: _____

Otro Seguro Medico: _____ # De Identificacion: _____

De Grupo: _____

_____ *Por favor incluya copia de la tarjeta de su seguro medico (por enfrente y por atrás).*

Fecha en que usted necesita su medicina: ____/____/____

Mejor Hora Para Entrega: _____

Instrucciones Especiales De Entrega: _____

Padece Alguna Alergia: _____

Informacion Del Doctor

Nombre Del Doctor: _____ Hospital/Clinica Medica: _____

De Licencia De DEA: _____ # Licencia De Estado: _____

Numero De Telefono: (____) _____ Numero De Fax: (____) _____

Direccion: _____ Ste. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Instrucciones Especiales: _____

Farmacia Transferencia: _____ # De Telefono: (____) _____

Por Quien Fue Referido: _____

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

