



SOLICITUD DE NUEVA RECETA DEL CLIENTE

18 Technology Drive, Suite 104, Irvine, CA 92618
Teléfono: 949-471-0223 | Fax: 949-404-3760

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de preferencia: _____ N.º de identificación de miembro: _____ N.º de grupo: _____

Información sobre alergias: _____ Afecciones de salud: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA

Nueva(s) receta(s) adjunta(s)

Transferir recetas de otra farmacia

Póngase en contacto con el médico para solicitar nuevas recetas; el médico puede enviar las recetas electrónicamente a Quality Drug

Número de receta	Nombre del medicamento	Concentración	Nombre y teléfono de la farmacia	Nombre y teléfono del médico
------------------	------------------------	---------------	----------------------------------	------------------------------

Envíe por correo el formulario completado y la(s) nueva(s) receta(s) a la dirección que aparece en la parte superior del formulario. Debería recibir su orden en un plazo de 1 a 3 días calendario tras la recepción de los(as) formularios/recetas. Quality Drug Clinical Care se pondrá en contacto con usted al número de teléfono de su preferencia si hay algún problema para surtir su(s) receta(s).

La información de este mensaje de fax está destinada al uso de la persona o entidad a la que se dirige. Puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación en virtud de la ley. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, por la presente se le notifica que ha recibido este documento por error y que cualquier revisión, difusión, distribución o copia de este mensaje están estrictamente prohibidas. Si ha recibido esta comunicación por error, avísenos de inmediato al número de teléfono que aparece arriba. Gracias.