

# Formulario de recetas nuevas enviadas por correo



Complete en letra de imprenta usando tinta azul o negra.

Un formulario por miembro. Para obtener otros formularios, visite [ServeYouRx.com](https://ServeYouRx.com).

Envíe este formulario completo por correo postal junto con sus nuevas recetas a: **Serve You Rx Home Delivery Pharmacy, 10201 W. Innovation Dr. Ste 600, Milwaukee, WI 53226. No anexe las recetas al formulario con grapa o cinta adhesiva.**

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Núm. de id. de miembro: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección de entrega: \_\_\_\_\_ Núm. de apto.: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Ninguna alergia conocida  Aspirina  Codeína  Iodo  Quinolonas  Tetraciclinas  
 Amoxicilina/Ampicilina  Cefalosporinas  Eritromicina  Penicilina  Sulfamidas  Otros: \_\_\_\_\_

## AFECCIONES MÉDICAS

Ninguna  Asma  Epilepsia  Presión arterial alta  Osteoporosis  Otros: \_\_\_\_\_  
 Reflujo ácido  Depresión  Glaucoma  Colesterol alto  Problemas de la próstata  
 Artritis  Diabetes  Problema cardíaco  Migraña  Tiroides: baja/alta

Medicamentos de venta libre/a base de hierbas que se toman regularmente: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PROCESAMIENTO ADICIONAL

Conservar en los registros. Si incluye alguna receta que desea que quede registrada para su envío en una fecha posterior, indíquela aquí: \_\_\_\_\_

Notas para la farmacia: \_\_\_\_\_

**Sustitución genérica.** Se entregarán los equivalentes genéricos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Medicamentos) en lugar de los medicamentos de marca siempre que sea posible, salvo que su médico indique lo contrario. **Los medicamentos de marca pueden estar sujetos a un costo más alto.**

## PAGO Y ENVÍO

El tiempo de procesamiento estándar para los pedidos es de 2 a 3 días hábiles a partir de la fecha en que se recibe el pedido completo en la farmacia. A la hora de realizar su pedido, tenga en cuenta que este puede demorar tiempo adicional. Serve You DirectRx se comunicará con usted si llegara a haber una demora en el procesamiento de su pedido. Una vez que se realiza el envío, los medicamentos no se podrán devolver para un reembolso o una modificación.

### No envíe efectivo.

- Entrega al día siguiente** (Añada \$35 al monto del pedido)  
 **Cheque** (Pagadero a: Serve You Rx Home Delivery Pharmacy) Cantidad total adjuntada: \$ \_\_\_\_\_  
 **Cobrar a mi tarjeta de crédito registrada**  
 **Cobrar a una NUEVA tarjeta de crédito:**  Mastercard  VISA  American Express  Discover

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_  
Dirección de facturación: \_\_\_\_\_ Código postal de facturación: \_\_\_\_\_  
Núm. de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento (mes/año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy (mes/día/año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autorizo a Serve You DirectRx Pharmacy a mantener en los registros esta NUEVA tarjeta de crédito y usarla como pago para cargos futuros.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy (mes/día/año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_