



Servicio de Pedido por Correo Tradicional FORMULARIO DE PERFIL DEL PACIENTE
Gracias por elegir usar el servicio de Pedido por Correo Tradicional ofrecido por Costco Mail Order Pharmacy. Por favor, complete, firme y devuelva este formulario solamente si es su primera vez usando nuestra Farmacia de Pedido por Correo. Si necesita copias adicionales de este formulario, no dude en sacar una fotocopia o comunicarse con la Costco Mail Order Pharmacy al 1-800-607-6861. Nuestra meta es entregarle su pedido de prescripción dentro de 14 días. Para evitar una demora en su pedido, por favor asegúrese de completar todo el formulario, frente y vuelta, proporcione la información de pago e incluya una prescripción o prescripciones de su médico por el máximo de días de suministro permitido (90 días de suministro para la mayoría de los medicamentos de mantenimiento).

INFORMACIÓN DE ENVÍO Díganos a dónde debemos enviar su(s) pedido(s).

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO (INCLUYA NÚM. DE DEPTO., SI APLICA) _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____

NÚM. DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) _____ NÚM. DE MEMBRESÍA COSTCO (OPCIONAL) _____

SÍ NO

¿DESEA RECIBIR RECORDATORIOS POR CORREO ELECTRÓNICO ACERCA DE SUS REABASTECIMIENTOS Y RENOVACIONES?

INFORMACIÓN DE SEGURO

NÚM. DE ID DEL SOCIO _____ NÚM. DE IDENTIF. DE BENEF. PARA RECETAS (VEA SU TARJETA DE ID DE PRESCRIPCIÓN) _____ NÚM. GRUPO _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____ FECH. NAC. DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (MM/DD/AAAA) _____

PERFIL DE SALUD Llene la(s) casilla(s) siguiente(s) para cada integrante de su familia que tenga cobertura. Si necesita espacio adicional, por favor adjunte una hoja con la información adicional.

	TITULAR DE LA TARJETA	CÓNYUGE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
APELLIDO					
NOMBRE					
INICIAL					
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)					
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)*					
SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Alergias a los medicamentos Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) donde se conozca una alergia a los fármacos.

	TITULAR DE LA TARJETA	CÓNYUGE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Sin alergias conocidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	_____	_____	_____	_____	_____

Padecimientos médicos Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para los padecimientos médicos conocidos.

	TITULAR DE LA TARJETA	CÓNYUGE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Sin enfermedades conocidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	_____	_____	_____	_____	_____

EL FORMULARIO CONTINÚA AL REVERSO

*CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA NECESITARÁ PROPORCIONAR UNA DIRECCIÓN INDIVIDUAL DE CORREO ELECTRÓNICO.

Su prescripción se surtirá con un equivalente genérico, en caso de haber uno disponible.

Marque esta casilla si no desea un equivalente genérico. NO GENÉRICO TAPAS FÁCILES DE ABRIR: SÍ NO

Nota: Al marcar esta casilla entiendo que dependiendo de los beneficios de mi plan, podría ser responsable del copago de la marca, el cual podría ser mayor, y por cualquier multa del plan que pudiera aplicarse.

OPCIONES DE PAGO – Seleccione una opción de pago a continuación y proporcione la información solicitada:

Información de facturación: Marque aquí si es igual que la dirección de envío

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (INCLUYA NÚM. DE DEPTO., SI APLICA)

CIUDAD

ESTADO

C.P.

Tarjeta de crédito – Usted autoriza a Costco Mail Order Pharmacy para hacer un cargo a su tarjeta de crédito para pagar por cada pedido a la farmacia.

Las fechas de cargo y cantidades variarán con cada pedido.

Tarjeta de Crédito Costco

Visa®

MasterCard

Discover

NOMBRE COMO APARECE EN LA TARJETA

NÚM. TARJETA

FECHA DE VENCIM. (MM/AA)

OPCIONES DE ENVÍO Por favor seleccione un método de envío a continuación. Permita que pasen entre 1 – 4 días para que se procese el pedido.

Envío estándar – (Tiempo promedio de procesamiento y entrega: 6 – 14 días) **GRATIS (SERVICIO POSTAL DE LOS EE.UU.)**

Envío en 3 días – (Tiempo promedio de procesamiento y entrega: 3 – 6 días) **\$10.95 (UPS)***

Envío en 2 días – (Tiempo promedio de procesamiento y entrega: 2 – 5 días) **\$13.95 (UPS)***

El tiempo total calculado de procesamiento y entrega inicia una vez que el pedido primero se recibe en la farmacia. Los precios de envío pueden estar sujetos a cambios del transportista sin notificación y pueden variar dependiendo del peso y de la zona.

*UPS no hace entregas en fines de semana y no puede enviar a apartados postales (P.O. Boxes).

Antes de que envíe este formulario por correo, marque por favor lo siguiente:

Usted ha incluido su(s) prescripción(es) de medicamentos de mantenimiento para un suministro de 90 días.

Usted ha proporcionado información válida de pago y de envío.

Su nombre, dirección, número de teléfono y fecha de nacimiento vienen incluidos en todos los documentos, incluyendo su(s) prescripción(es).

Ha adjuntado una hoja con información adicional de dependientes o instrucciones adicionales.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Por favor, solo envíe las prescripciones que se ordenarán de inmediato. No guardaremos sus prescripciones. Su pedido deberá llegar en un plazo de 14 días después de que recibamos este formulario y su(s) prescripción(es) en nuestras instalaciones.

Envíe por correo los formularios y la(s) prescripción(es) a:

Costco Mail Order Pharmacy, 215 Deininger Circle, Corona, CA 92880-9911.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a la Costco Mail Order Pharmacy al 1-800-607-6861.

AUTORIZACIÓN

Al firmar a continuación, usted acepta que la información en este formulario es correcta, y autoriza la liberación de toda la información referente a su historial médico, de fármacos recetados y de su tratamiento a la Costco Mail Order Pharmacy. Entiendo que mi(s) pedido(s) de prescripción se surtirá(n) y enviará(n) al ser recibido mi formulario de pedido completado, la(s) prescripción(es) original(es) y el pago aplicable.

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA

FECHA