

Formulario de Inscripción para pedido de Prescripciones por Correo

Por favor llene un formulario de inscripción para cada familiar. Envíe por correo el formulario completo a la dirección que se muestra abajo .

Información del paciente						Servicios opcionales de la farmacia	
Identificación de Medicaid	Número de grupo				Alergias a medicamentos Ninguna	Conversión pa	re (o el nombre del padre/tutor) para dar consentimiento e inscribirse en los servicios. ara suministro de 90 días (recomendado) ue sus prescripciones duren más tiempo convirtiéndolas en suministros de 90 días.
Primer nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Género	Aspirina Cefalosporina Codeína Penicilina	Yo, los resurtidos re	,doy permiso a la farmacia H-E-B para que convierta estantes de medicamentos con receta en suministros de 90 días y para que co para el resurtido adicional de prescripciones como sea necesario.
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Posta	Sulfamida Tetraciclina	Tapas fáciles (de abrir (Precaución: no son a prueba de niños)
Teléfono principal	☐ trabajo	Teléfono secundario	ar hogar	trabajo			, doy permiso a la farmacia H-E-B para usar botellas de mis prescripciones. Yo entiendo que éstas tapas no a prueba de niños y que debo guardar mis medicamentos fuera del
Dirección electrónica (email)		Método de comunicación	n preferido	rto 🔲 Er	nail 🔲 Teléfono	alcance de los	ninos.
		Transfiera sus prescri	pciones actuales a	al pedido	oor correo de la farma	cia H-E-B.	
Número No del medicamento Rx	mbre del medicame	nto Potencia del medicamento	Nombre de la farr	macia	Teléfono de la farn	nacia	Dirección de la farmacia
2							
					_		
4					_		
Si usted tiene r	más prescripciones o	que le gustaría transferir al pedido por co	orreo de la farmacia H-E-B	3, por favor es	criba la información del medica	mento en otra hoja	de papel e inclúyala con su formulario.
nvíe sus recetas médicas futuras	al pedido por	correo de la farmacia H-E-B		ن	Preguntas?		Firme y escriba la fecha
Usted o su doctor pueden enviar nuevas recetas médicas al pedido por correo de la farmacia H-l Usted puede enviar por correo sus Su doctor puede enviar electrónicamente sus recet			Si usted tiene alguna pregunta o desea inscribirse por teléfon favor llámenos a nuestro número gratuito (24 hrs. al día/7 día semana).				Firma del paciente o padre/tutor
recetas médicas a: médicas a: HEB Pharmacy MARC HEB Pharmacy San Antonio TX 78229-3931 médicas a: HEB Pharmacy MARC		MARC I Dr	1-833		3-432-7928		Nombre en imprenta del padre/tutor (si es aplicable) Fecha
	i	Gracias por elegir a la Farmacia					

NOTA: Las recetas médicas enviadas por un médico directamente a la farmacia no se surtirán hasta que el miembro lo indique. Por favor espera hasta 14 días para recibir su pedido a partir del día que usted envió su receta médica.