



* Para rellenar este formulario en línea, escanee el código QR.

ENVÍE TODAS LAS RECETAS POR FAX O DE
FORMA DIGITAL A:

Broadway Family Pharmacy
510 Amsterdam Ave, STR1 | New York, NY 10024-3935

Teléfono gratuito y fax: 888-609-2064
Correo electrónico: ny_pharmacists@340bpharm.com

NOMBRE DEL CENTRO:		<input type="checkbox"/> 340B Regular	<input type="checkbox"/> PREP/STD
FECHA DE HOY:		Apto para 340B:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
INFORMACIÓN DE ENTREGA (OBLIGATORIA)		PCP:	
Dirección del paciente (véase la información sobre la dirección en la sección DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE)			
Otra dirección:			
INFORMACIÓN DE LA FARMACIA ACTUAL		Farmacia:	Teléfono: Fax:
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE (OBLIGATORIOS) Dirección:			
Apellido:		Nombre: Segundo nombre:	
Nombre preferido:		Fecha de nacimiento: Pronombres:	
Sexo (marque uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otros	
Dirección postal:		Apartado de correos: Ciudad, Estado, Código postal:	
Dirección de correo electrónico (si está disponible):		Número de teléfono:	
Contacto en caso de emergencia:		Teléfono de contacto en caso de emergencia:	
<i>*Adjunte una copia del carné de conducir o del documento de identidad con fotografía, anverso y reverso, así como de las tarjetas de seguro, anverso y reverso (incluidas las prestaciones por prescripción médica).*</i>			
Política del seguro:		Identificación del paciente: Número de grupo de la receta:	
NÚMERO DE CONTROL DE PROVEEDOR:		BIN: Nombre de la persona asegurada:	
Relación del paciente con el abonado (marque una opción): <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Marque para indicar que se adjunta el anverso/reverso de la tarjeta de seguro			
INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)		<i>*Envíe una hoja adicional si es necesario para la lista completa de medicamentos</i>	
Diagnóstico del paciente [incluya la clasificación de la ICD-10 en este formulario o en ERx]:			
Otras enfermedades del paciente:		Ninguna otra enfermedad	
Alergias o sensibilidades conocidas:		Ninguna alergia conocida	
Historial médico pertinente:		No hay información adicional	
¿El paciente puede administrarse por sus propios medios el medicamento recetado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", facilite detalles:			
Otros medicamentos, incluidos los de venta libre y los suplementos		Dosis, vía, frecuencia	
		Diagnóstico	
DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE (Opcional)			
PrEP: Fecha del último resultado negativo:		VIH: Conteo actual de CD4 (células T): VIH: Resultado de la prueba de resistencia:	
VIH: Fecha del último resultado positivo:		VIH: Carga viral actual: VHC: Carga viral actual:	
VHC: Genotipo:		VHC: IL-28B: VHC: Fibrosis hepática:	
FIRMA OBLIGATORIA SI la receta se entrega en la dirección indicada en este formulario.			
AUTORIZO A LA FARMACIA A REALIZAR LA ENTREGA EN LA DIRECCIÓN INDICADA EN ESTE FORMULARIO.		AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AUTORIZO A BROADWAY FAMILY PHARMACY A CONTACTAR CON MI FARMACIA ACTUAL Y TRANSFERIR TODAS LAS RECETAS PARA QUE SEAN SURTIDAS.	
Firma del paciente/tutor/proveedor de atención sanitaria:		Firma del paciente/tutor:	
Fecha:		Fecha:	