



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

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

iCARE RX, LLC
14447 Country Walk Dr | Miami, FL 33186

Teléfono gratuito y fax: 888-606-7471
Correo electrónico: icarerx@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:	

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)

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) *Envíe una hoja adicional si es necesario para la lista completa de medicamentos

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.

Firma del paciente/tutor/proveedor de atención sanitaria: Fecha:

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AUTORIZO A ICARE RX PHARMACY A CONTACTAR CON MI FARMACIA ACTUAL Y TRANSFERIR TODAS LAS RECETAS PARA QUE SEAN SURTIDAS.

Firma del paciente/tutor: Fecha: