PRXP | PRxP OF CA PHARMACY

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

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

PRXP of CA
4345 E Lowell Street, Suites C & D | Ontario, CA 91761

Teléfono gratuito y fax: 888-505-1485
Correo electrónico: prxpca@340bpharm.com

NOMBRE DEL CENTRO:	☐ 340B Regular ☐ PREP/STD
FECHA DE HOY:	Apto para 340B: ☐ Sí ☐ 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): ☐ Masculino ☐ Femenino	Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ 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:	Identi˜cación 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): ☐ Soy yo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro: ☐ 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 clasi˜cación 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? ☐ Sí ☐ 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 PRXP OF CA A CONTACTAR CON MI FARMACIA ACTUAL Y TRANSFERIR TODAS LASRECETAS PARA QUE SEAN SURTIDAS.

Firma del paciente/tutor: **Fecha:**