



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

**Broadway Family Pharmacy**  
601 Amsterdam Ave. | New York, NY 10024  
Toll Free Phone & Fax: 888-609-2064  
Email: ny\_pharmacists@340bpharm.com

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

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
<b>INFORMACIÓN DE ENTREGA (OBLIGATORIA)</b>		PCP:	
<input type="checkbox"/> Dirección del paciente (véase la información sobre la dirección en la sección DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE)			
<input type="checkbox"/> Otra dirección:			
<b>INFORMACIÓN DE LA FARMACIA ACTUAL</b>		Farmacia:	Teléfono: Fax:
<b>DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE (OBLIGATORIOS)</b>		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			
<b>INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)</b>		<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:			<input type="checkbox"/> Ninguna otra enfermedad
Alergias o sensibilidades conocidas:			<input type="checkbox"/> Ninguna alergia conocida
Historial médico pertinente:			<input type="checkbox"/> 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:			
<i>Otros medicamentos, incluidos los de venta libre y los suplementos</i>	<i>Dosis, vía, frecuencia</i>		<i>Diagnóstico</i>
<b>DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE (Opcional)</b>			
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:
<b>*FIRMA OBLIGATORIA SI la receta se entrega en la dirección indicada en este formulario.*</b>		AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AUTORIZO A PRXP OF CA A CONTACTAR CON MI FARMACIA ACTUAL Y TRANSFERIR TODAS LAS RECETAS PARA QUE SEAN SURTIDAS.	
AUTORIZO A LA FARMACIA A REALIZAR LA ENTREGA EN LA DIRECCIÓN INDICADA EN ESTE FORMULARIO.			
Firma del paciente/tutor/proveedor de atención sanitaria:		Firma del paciente/tutor:	
Fecha:		Fecha:	