



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

Physicians RX Pharmacy

9701 Apollo Drive, #400 | Largo, MD 20774

Toll Free Phone & Fax: 888-330-2153

Email: prxpgreenbelt@340bpharm.com

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

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

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:
Dirección:			
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE (OBLIGATORIOS)			
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:		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): ☐ 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 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? ☐ 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.		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:		Fecha:	Firma del paciente/tutor: Fecha: