FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

iCare Rx Pharmacy

*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
Toll Free Phone & Fax: 888-606-7471
Email: icarerx@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:	Identficación 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.*

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: