



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

PRXP of CA
 4345 E Lowell Street, Suites C & D | Ontario, CA 91761
 Toll Free Phone & Fax: 888-505-1485
 Email: prxpc@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:	
<input type="checkbox"/> Dirección del paciente (véase la información sobre la dirección en la sección DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE)			
<input type="checkbox"/> 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:	
Nombre del representante autorizado (Entidad cubierta o grupo de proveedores):		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:

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)		<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>	

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:

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de la información de salud protegida (PHI) necesaria para tramitar las reclamaciones relacionadas con mis medicamentos, incluida la información médica y la relativa a los beneficios del seguro. Asimismo, autorizo a la farmacia a: contactar con mi farmacia actual para transferir mis recetas; entregar los medicamentos en la dirección indicada en este formulario; contactar con mi representante autorizado si no es posible localizarme para confirmar los detalles del envío; y facturar a mi compañía de seguros los medicamentos dispensados a mi nombre.

Firma del paciente/tutor/proveedor de atención sanitaria: _____ Fecha: _____ **(OBLIGATORIO)**