

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL SEG. NOMBRE)

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

CIUDAD / ESTADO / CÓD. POSTAL

2 INFORMACIÓN DE SEGURO Y FINANCIERA

Adjunte copias legibles de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente.

☐ Frente adjuntado☐ Reverso adjuntado☐ Seguro secundario

TARJETA DE SEGURO ADJUNTA

Envíe el frente y el reverso junto con este formulario a través del método seguro de la farmacia.

3 INFORMACIÓN DE ENTREGA / STC

Complete solo si es necesario para el flujo de trabajo de la farmacia / STC.

☐ Paciente☐ Consultorio: primera dosis☐ Consultorio: todas las dosis

DIRECCIÓN DE ENTREGA ALTERNATIVA

FECHA / INSTRUCCIONES

4 INFORMACIÓN CLÍNICA BÁSICA

ALERGIAS O NKDA (sin alergias conocidas a medicamentos)

OTROS MEDICAMENTOS / CONDICIONES MÉDICAS CONOCIDAS

Información básica es suficiente (ejemplo: lisinopril / hipertensión).

5 EVALUACIÓN DE VIH / PrEP

☐ Tratamiento para VIH☐ PrEP (Profilaxis preexposición)☐ PEP (Profilaxis postexposición)

TERAPIA PREVIA DE VIH / PREP

MOTIVO POR EL CUAL SE CAMBIÓ / SUSPENDIÓ / FRACASÓ LA TERAPIA

PRUEBA DE RESISTENCIA / FECHA (SI SE CONOCE)

NOTAS ADICIONALES DE VIH / PREP

6 NOMBRE DE ENTIDAD CUBIERTA

NOMBRE DE ENTIDAD CUBIERTA

☐ Ryan White (RW)☐ Clínica de STD☐ OTRAS

FIRMA DEL PROVEEDOR / REPR. DE ENTIDAD CUBIERTA

FECHA

NOTAS ADICIONALES DEL FARMACÉUTICO