

# ¡Es fácil hacer que PersonalRX sea tu farmacia!

## Nos encargamos de todo

Llamamos a los doctores, coordinamos las prescripciones, trabajamos con tu compañía de seguro y hacemos las entregas a tu hogar.

Completa la mayor cantidad de información que tengas y nosotros nos encargamos del resto.

Llámanos con cualquier pregunta.

**Estamos aquí para ayudarte**  
(201) 399-3700



## Como cualquier farmacia, para poder empezar necesitamos:

- 1 Información del doctor que prescribe tu medicina.
- 2 Información del seguro.
- 3 Un método para cobrar los copagos.

**¡Eso es todo!**

# Formulario de Salud del Hogar

## Información del Paciente

La información aquí abajo es requerida por cada paciente.

Nombre del Grupo/Agencia:

---

### PACIENTE

---

Primer Nombre

---

Segundo Nombre

---

Apellido

---

Fecha de Nacimiento

---

Género

---

Dirección de tu Domicilio (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

---

---

Teléfono

---

¿Alergias a medicinas?

---

Por favor, enlista todas y la severidad.

---

### CUIDADOR/PARIENTE

---

Nombre Completo

---

Relación con el Paciente

---

Teléfono Móvil

---

Correo Electrónico

---

# Lista de Médicos/ Medicinas

Las medicinas líquidas, inhaladores, medicinas PRN y cualquier otra especificada para empacar por separado se incluirán con la entrega aparte de las medicinas empaquetadas (dosis empaquetadas) adheridas. Las medicinas de venta sin prescripción, incluidas las vitaminas y los suplementos dietéticos, se pueden envasar junto con las medicinas recetadas según el momento de la dosis designada. Si no tienes toda la información de la medicina, simplemente completa la información del prescriptor y la farmacia se comunicará contigo.

<b>Doctor/Prescriptor</b> Nombre y Teléfono #	<b>Nombre de la Medicina</b> (incluye cualquier medicina de venta sin prescripción, vitaminas y suplementos)	<b>Dosis</b> (Por ejemplo: 3 mg)	<b>Direcciones</b> Número de cuántas tomas a su hora
			<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Hora de acostarse Otras direcciones
			<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Hora de acostarse Otras direcciones
			<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Hora de acostarse Otras direcciones
			<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Hora de acostarse Otras direcciones
			<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Hora de acostarse Otras direcciones
			<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Hora de acostarse Otras direcciones
			<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Hora de acostarse Otras direcciones

# Seguro

Por favor provee copia del frente y el reverso de CADA tarjeta de tu plan de seguro para medicinas por prescripción

Llame al 201-399-3700 si necesita ayuda.

Frente de la Tarjeta

Adverso de la Tarjeta

# Autorización de Tarjeta de Crédito

Este formulario debe ser completado por CADA tarjeta de crédito sometida.

Fax: (201) 334-0700 o envía un correo electrónico a support@personalrx.com

---

Tipo de Tarjeta (Visa/MasterCard/American Express, Discover)

---

Marca si es Tarjeta HSA o FSA  HSA  FSA

---

Nombre en la Tarjeta:

---

Dirección de Facturación

---

Ciudad/Estado/Código Postal

---

Número de la Tarjeta

---

Fecha de Expiración

---

Código de Seguridad

---

Reconozco y asumo la responsabilidad y otorgo autorización a PersonalRX / DGN Pharmacy, Inc. "Farmacia" para cargar la tarjeta de crédito mencionada aquí arriba para el costo de cualquier medicina no cubierta por la compañía de seguros del paciente, así como cualquier coseguro, deducibles y cargos por servicios de entrega no estándar o medicinas sin prescripción/artículos diversos solicitados. Yo autorizo a la Farmacia a comunicarse con mi compañía de seguros para verificar, facturar y cobrar el seguro para mis medicinas. Según el acuerdo HIPPA (disponible en línea en [www.PersonalRX.com](http://www.PersonalRX.com)), toda la información personal recibida se mantendrá únicamente a efectos de dispensación de prescripciones y cobro de seguros y pago. Entiendo que soy responsable de los costos de todos los cambios de medicinas recibidas después de que se haya surtido o empacado una prescripción.

## NOTIFICACIÓN DE "DERECHO DEL PACIENTE A ASESORAMIENTO"

Te invitamos a usar nuestro número gratuito para comunicarte con un farmacéutico de PersonalRX con respecto a cualquier pregunta que puedas tener sobre tu medicina prescrita. Para necesidades urgentes, puedes comunicarte con un farmacéutico de PersonalRX en cualquier momento.

Nombre del Paciente (Por favor, en letra escrita)

---

Firma del Garante/Dueño de la Tarjeta

Fecha

---

Nombre del Dueño de la Tarjeta (Por favor, en letra escrita)

---