

# 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)

---