



992

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

- Masculino Fecha de nacimiento [MM/DD/AAAA] []/[]/[]
 Femenino

Centro de Atención al Cliente:
 800-778-5427 en español.
 TTY 800-925-0178

Apellido del dependiente

Nombre del dependiente

Sufijo (si está en la tarjeta)

Dirección de correo electrónico (para recibir información sobre el procesamiento de su orden)

Apellido del recetador

Inicial del nombre del recetador

Teléfono del recetador

Fax del recetador

DEPENDIENTE**Alergias**

- Aspirina Penicilina
 Cefalosporina Sulfamida
 Derivados de la codeína Ninguno conocido
 Derivados de la morfina Otro (use las líneas de abajo)

Afecciones de salud

- Artritis Enfermedad cardíaca Ninguno conocido
 Asma Hipertensión Otro (use las líneas de abajo)
 Diabetes Embarazo
 Glaucoma Enfermedad de tiroides

Preferencias de la orden

- Etiquetas de vial con letra grande
 Etiquetas de vial en español
 Resurtido automático[†]

†Complete este círculo si desea que resurtamos automáticamente sus recetas en el futuro.

INFORMACIÓN DE LA ORDEN: Si incluye una orden de receta, complete esta sección.

Esperar 10 días hábiles desde el momento en que hace su orden para recibir su(s) receta(s). Se incluirá un formulario de orden de resurtido y un sobre de devolución con su envío.

Los equivalentes genéricos suelen ser menos costosos que los medicamentos de marca. Si despachamos un medicamento de marca, usted puede ser responsable de un copago más alto o la diferencia entre el precio del medicamento de marca y el equivalente genérico. Si su recetador lo permite, dispensaremos un equivalente genérico a menos que marque esta casilla. No acepto un equivalente genérico.

Al enviar este formulario, usted ha autorizado la divulgación de toda la información a Walgreens Mail Service (y otras partes necesarias) según sea requerido para procesar su orden en virtud de su plan de beneficios.

Número total de recetas en esta orden Total incluido para copago(s) \$ Envío estándar:..... **SIN CARGO** Siguiente día hábil (\$19,95[†]) \$ 2do día hábil (\$12,95[†]) \$ Pago total adeudado:..... \$

Escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas;
 adjúntelas a este formulario completado y envíelo a:

Walgreens Mail Service
 P.O. Box 29061
 Phoenix, AZ 85038-9061

†Los precios de envío pueden estar sujetos a cambios por parte del transportista sin notificación y pueden variar según el peso y la zona.

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.