

## Nuevas Prescripciones y/o Solamente Pedidos Iniciales

**ADVERTENCIA:** NO posponga tomar medicamentos una vez que hayan sido recomendados! En vista de que el pedido de Medicinas por Correo se puede tardar hasta 21 días de la fecha en que fueron ordenadas, haga que su doctor le escriba dos (2) prescripciones—una para ser LLENADA INMEDIATAMENTE por su farmacia local y la otra para ser ENVIADA INMEDIATAMENTE a Medicinas por Correo con el Formulario de Pedido de medicinas completo. Para asegurarse que no hay interrupción en la medicinas que toma mientras espera su pedido de Medicinas por Correo, cerciorese que la prescripción de la farmacia local es adecuada por lo menos para unos 30 días de existencias de medicinas.

**INSTRUCCIONES:** Este Formulario de Pedido tiene que ser llenado/completado por el beneficiario/miembro familiar (NO por el doctor) para prescripciones NUEVAS durante un tratamiento (como aquellas medicinas requeridas durante largos períodos de tiempo). Para ordenar la MISMA medicina basado en previas prescripciones enviadas a través de Medicinas por Correo, mire las instrucciones de abajo—NO use este Formulario de Pedido. Mientras este formulario está diseñado para tratar con múltiples prescripciones, esta limitado para un solo beneficiario—se requiere un Formulario de Pedido separado por cada Medicinas por Correo adicional que cada miembro familiar necesite. Para tramitar un pedido inicial, simplemente envíe lo siguiente información a la dirección de ARRIBA (NO envíe ordenes al Centro de Administración de Salud AV en Denver):

- 1) prescripción original (no copias) con el número de prescripción del doctor en la Agencia de Control de Drogas (ARD) o en inglés Drug Enforcement Agency (DEA) (se limita a 90 días de abastecimiento por ordenes de la misma medicina—no excederse por más de un (1) año); y
- 2) un *Formulario de Pedido de Medicinas por Correo* completamente lleno

## Ordenes de la Misma Medicina

En vez de usar este Formulario de Pedido el cual esta diseñado exclusivamente para prescripciones NUEVAS, ordenes de la misma medicina son elaboradas en la **papeleta de pedido de la misma medicina** que acompaña todas las prescripciones que tienen ordenes pendientes para llenarse. Ordenes de pedido de la misma medicina tienen que ser elaboradas usando la papeleta de pedido de la misma medicina—**NO se aceptan ordenes por teléfono**. Para asegurar el envío de la medicina a tiempo, retorne su papeleta de pedido de la misma medicina tan pronto como le sea posible y no más tarde que 21 días antes de que se necesite la medicina.

## Información de la Prescripción/Paciente

(por favor IMPRIMA la información de abajo y adjunte la prescripción original por cada medicamento solicitado)

Nombre del Beneficiario (Apellido, Nombre, SN)		NSS del Beneficiario	Fecha del Pedido
Prescripción	Nombre del Medicamento	Nombre del Doctor	
1			
2			
3			

(Si es necesario continúe al reverse de la página)

## Información de Envío Postal

(indique donde la prescripción será enviada—por favor IMPRIMA)

Nombre	No. de Teléfono durante el día ( )
--------	------------------------------------

Dirección  Si es una nueva dirección, marque con una X

Si necesita Formularios de Pedido adicionales usted puede fotocopiar un formulario en blanco o llame al Centro de Administración de Salud AV al 1-800-733-8387, entre las horas de 7:30 a.m. a 11:30 a.m. (Tiempo de Montaña), de Lunes a Viernes (se excluye días feriados). Si la página 2 es fotocopiada, por favor asegúrese que está copiada al dorso (de página 1 que va al frente) o si copiada por sí sola ADJUNTELA a la página 1.

### (continuado de la página de enfrente)

Si esta página es fotocopiada, por favor asegurese que está copiada al dorso (de página 1 que va al frente) o si copiada por si sola ADJUNTELA a la página 1.

### Información de la Prescripción/Paciente (limitada a prescripciones del beneficiario identificado al frente)

Prescripción	Nombre del Medicamento	Nombre del Doctor
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Favor de Completar Esta Hoja

Nombre de Patient: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Sexo :  M  F

#### ALERGIAS

- NIGUN
- AMPICILLIN
- ASPIRIN
- CEPHALOSPORINS
- OTRAS (ESPECIFICA) \_\_\_\_\_
- CODEINE
- ERYTHROMYCIN
- PENICILLIN
- SULFA

#### CONDICIONES MEDICAS

- DIABETES
- GLAUCOMA
- CORAZON
- ALTA PRECION
- OTRAS (ESPECIFICA) \_\_\_\_\_
- INTESTINAL
- PULMONAL
- THYROID

FRIMA

RELACION DE BENEFICIARIO

FECHA