



Registro de entrega a domicilio  
y Formulario de pedido de prescripción  
**El nombre del plan va aquí**



133000WTCWCWC001

Intercomunicador: XXXXX

UPI#: XXXXX

Use este formulario para registrar o enviar su primer pedido de receta.

También puede registrarse en [www.alliancerxwp.com/home-delivery](http://www.alliancerxwp.com/home-delivery). NO ADJUNTE nada con grapas, cinta o clips a este formulario.

Imprima claramente usando solo **letras** y **MAYÚSCULAS** EN TINTA NEGRA. Llena completamente los círculos que correspondan (●).

Es posible que no se necesiten todas las casillas de identificación y número de grupo.

**INFORMACIÓN DE MIEMBRO**

Masculino Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Femenino  /  /

Número de miembro

Sufijo

Número de grupo

BIN Rx

PCN Rx

Nombre del plan

El nombre del plan va aquí

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

Apellido

Primer nombre

Teléfono móvil

 -  - 

Línea de dirección permanente 1

Teléfono durante el día

 -  - 

Línea de dirección permanente 2

Teléfono durante la noche

 -  - 

Ciudad

Estado

Código postal

ID del gobierno (La mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias Rx controladas por ley)†

Nombre del médico

Primera inicial del médico

Teléfono del médico

 -  - 

Fax del médico

 -  - 

† Licencia de conducir, número de identificación del estado, número de seguro social, identificación militar o identificación del pasaporte.



134000WTCWCWC001

**MIEMBRO: Complete para registrarse – Nota: si ya está registrado, indique cualquier cambio en la alergia y las condiciones de salud.**

Alergias		Condiciones de salud			Preferencia de orden
<input type="radio"/> Aspirina	<input type="radio"/> Penicilina	<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Enfermedad cardíaca	<input type="radio"/> Ninguno conocido	<input type="radio"/> Etiquetas de viales de impresión grande
<input type="radio"/> Cefalosporina	<input type="radio"/> Drogas Sulfa	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Otro (Use las líneas a continuación)	<input type="radio"/> Etiquetas de viales españolas
<input type="radio"/> Derivados de codeína	<input type="radio"/> Ninguno conocido	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Embarazo		<input type="radio"/> Reabastecimiento automático*
<input type="radio"/> Derivados de morfina	<input type="radio"/> Otro (Use las líneas a continuación)	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Enfermedad de tiroides		
_____		_____			
_____		_____			
_____		_____			

\*Complete este círculo si desea que rellenemos sus recetas automáticamente en el futuro.

**INFORMACIÓN DE ENVÍO ALTERNA DEL MIEMBRO**

Este envío solamente       Cambio de dirección temporal para las fechas indicadas a continuación

Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)  /  /       Fecha de término (dd/mm/aaaa)  /  /

Línea de dirección alternativa 1

Línea de dirección alternativa 1

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono alternativo

-  -

**INFORMACIÓN DEL PEDIDO: Si incluye una orden de prescripción, complete esta sección.**

Espere 10 días hábiles desde el momento en que realiza su pedido para recibir su (s) receta (s). Se incluirá un formulario de pedido de reabastecimiento y un sobre de devolución con su envío.

Es práctica habitual de farmacia sustituir equivalentes genéricos por medicamentos de marca. AllianceRx Walgreens Prime dispensará un equivalente genérico si está disponible y permitido por su médico. Si no desea un equivalente genérico o tiene preguntas sobre su (s) receta (s) del servicio de correo, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 888-516-8010. Al enviar este formulario, usted ha autorizado la divulgación de toda la información a AllianceRx Walgreens Prime (y a otras partes necesarias) según se requiera para procesar su pedido conforme a su plan de beneficios.

Escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas; adjúntelos junto con este formulario completo y envíelo por correo a:

AllianceRx Walgreens Prime  
Apartado de correos 29061  
Phoenix, AZ 85038-9061

Número total de recetas en esta orden.....

Envío estándar..... **NINGÚN CARGO**

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños. ©2018 AllianceRx Walgreens Prime. Todos los derechos reservados.