

C Información de las personas que necesitan recetas. Si hay más de dos personas, por favor complete otra forma.

1ª persona con una repetición o receta nueva. Esta persona necesita:

Formularios/etiquetas en Español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

Género: M F

Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del Médico

Primer Nombre del Médico

No. Telefónico del Médico

Indique **nueva** información sobre alergias o salud para esta persona. Sólo indique **nueva** información.

Alergias: Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina
 Sulfonamidas/Sulfa Otra: _____

Información de Salud: Artritis Asma Diabetes Reflujo Gástrico Glaucoma Condición Cardíaca
 Hipertensión Colesterol Alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la Próstata Tiroides
 Otra: _____

2ª persona con una repetición o receta nueva. Esta persona necesita:

Formularios/etiquetas en Español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

Género: M F

Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del Médico

Primer Nombre del Médico

No. Telefónico del Médico

Indique **nueva** información sobre alergias o salud para esta persona. Sólo indique **nueva** información.

Alergias: Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina
 Sulfonamidas/Sulfa Otra: _____

Información de Salud: Artritis Asma Diabetes Reflujo Gástrico Glaucoma Condición Cardíaca
 Hipertensión Colesterol Alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la Próstata Tiroides
 Otra: _____

D Instrucciones Especiales: _____

E ¿Cómo querría pagar por este pedido? Llene el óvalo para escoger un pago.

Cheque Electrónico. Pague de su cuenta bancaria. Registrar en línea o llamando a Servicio al Cliente.

Tarjeta de crédito o de débito. (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

Llene este óvalo para utilizar su tarjeta en récord.

Llene este óvalo para utilizar una tarjeta nueva o para actualizar la fecha de expiración de su tarjeta.

de la Tarjeta _____ Expira: MM AA

Cheque o Giro Postal. Cantidad: \$ _____ . _____

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escriba su No. de Identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta \$40.

El Pago para Balance Adeudado y los Pedidos Futuros:

Si escogió Cheque Electrónico o un Tarjeta de Crédito o Débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier balance adeudado y para pedidos futuros.

Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

Firma del Dueño de la Tarjeta de Crédito/ Fecha

La entrega regular es gratis y tomará de 7 a 10 días desde el día que envía este formulario.

Si desea la entrega más rápida, escoja:

- 2º Día Laborable (\$17)** Los días laborables son lunes-viernes
- El Próximo Día Laborable (\$23)**

- Los costos para la entrega más rápida pueden cambiar.
- La entrega más rápida es para el tiempo de envío, no de proceso.
- La entrega más rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apartado de correo.

