

Orden de Su Medicamentos

Traiga su orden **TRES SEMANAS ANTES** de que su medicamento termine

Traiga una copia a la oficina

O

Faxeaa una copia al: 678.280.6635

Su orden **NO SERA** procesada si **NO COMPLETA** la información

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Nombre Completo: | |
| Fecha Nacimiento: | Numero Teléfono: |
| Nombre de tu medicamento y dosis: | |
| ¿Cuanto y con que frecuencia debe tomar el medicamento? | |
| ¿Como quiere que su receta? (marque uno) | |
| <input type="checkbox"/> Llame la farmacia | <input type="checkbox"/> Escribe una receta |
| Nombre de Farmacia: | Date of Pick-Up |
| Teléfono de Farmacia: | Patient Signature |
| PARA USO DE LA OFFICINA SOLAMENTE | |
| Provider Action: <ul style="list-style-type: none">• Disp.# _____ with _____ refills• One refill and make appointment• No appointment until patient is seen | Date Completed: Staff Signature: |