



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	Afecciones de salud	Preferencias de la orden
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Sulfamida <input type="radio"/> Derivados de la codeína <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Derivados de la morfina <input type="radio"/> Otro (use las líneas de abajo) <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Otro (use las líneas de abajo) <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Etiquetas de vial con letra grande <input type="radio"/> Etiquetas de vial en español <input type="radio"/> Resurtido automático [†] <i>†Complete este círculo si desea que resurtamos automáticamente sus recetas en el futuro.</i>

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

Esper 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.