

### Información del miembro – Use únicamente tinta azul o negra y escriba en LETRAS MAYÚSCULAS

Primer nombre		Apellido		Segundo nombre	Sufijo
ID del miembro			Nombre del plan		
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cantidad de nuevos medicamentos recetados	Número de grupo		
Teléfono móvil (incluido el código de área)* <input type="checkbox"/> Establecer como su teléfono de preferencia			Teléfono residencial (incluido el código de área)* <input type="checkbox"/> Establecer como su teléfono de preferencia		
Dirección de envío, Línea 1 <input type="checkbox"/> Usar esta dirección solamente para este pedido			Dirección de facturación, Línea 1 <input type="checkbox"/> Marcar si es la misma que la dirección de envío		
Dirección de facturación, Línea 2			Dirección de facturación, Línea 2		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (correo electrónico usado para las actualizaciones del estado de los pedidos)					

### Cómo contactarme

Quiero recibir llamadas telefónicas automáticas, mensajes de texto o correos electrónicos para ayudarme a administrar mis medicamentos. Mi método preferido para recibir avisos es:

- Llamada automática\*       Mensaje de texto\*       Correo electrónico\*\*

\*Al suministrar estos números, usted nos autoriza para ponernos en contacto con usted con relación a su cuenta de MedImpact Direct, a través de estos números. Su autorización nos permite usar mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados y tecnología de marcado automático para llamadas de servicio informativo, pero no para llamadas de telemarketing o ventas. Es posible que apliquen cargos por mensajes y datos. Puede cambiar estas preferencias o excluirse en cualquier momento accediendo a [www.medimpact.com](http://www.medimpact.com).

\*\* Al proporcionar su dirección de correo electrónico usted (1) nos autoriza a que le enviemos comunicaciones por correo electrónico sobre su cuenta MedImpact Direct o medicamento que pudiera contener información de salud protegida, y (2) reconoce y acepta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras y existe un riesgo de que puedan ser interceptadas o vistas por personas no autorizadas.

### Información de salud

<b>Alergias</b>	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cefalosporinas	<input type="checkbox"/> AINES	<input type="checkbox"/> Quinolonas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Amoxil/Ampicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Sulfa	_____
<b>Afecciones médicas</b>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Afección cardíaca	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Embarazo	_____

### Información del médico

Apellido del médico	Primer nombre del médico
Teléfono del médico (Incluido el código de área)	Fax del médico (Incluido el código de área)

### Formulario de inscripción/orden de medicamento

#### Información de pago – No envíe efectivo

Para que el servicio sea más expedito, pague con tarjeta de crédito o débito. Aceptamos VISA®, Mastercard®, Discover®, o American Express®. Si necesita pagar con cheque o giro postal, por favor llame para hablar con un representante.

Apellido del titular de la tarjeta

Nombre del titular de la tarjeta

Cobrar al método de pago en el registro (ya soy cliente)

Cobrar a mi NUEVA tarjeta de crédito:  Visa®  Mastercard®

Discover®  American Express®

Despacho con envío rápido

(Agregue \$25 al monto de mi receta)

Número de tarjeta de crédito

Fecha de vencimiento

Código de seguridad

El envío estándar es gratuito. La entrega de su pedido puede tomarse hasta 10 días a partir de la fecha de recepción de su pedido. Puede elegir el envío expeditivo por \$25 adicionales marcando la casilla anterior. Las órdenes de envío expeditivo solo pueden enviarse a domicilios, no a casillas postales. El envío expeditivo reducirá el tiempo de envío en 1 o 2 días. El tiempo de procesamiento puede tomar entre 3-5 días laborales desde el momento que **MedImpact Direct®** recibe su receta.

Autorizo a **MedImpact Direct®** a que haga un cobro a mi tarjeta de crédito para cualquier copago, coaseguro, deducible, o cualquier otro monto debido por mis recetas, incluyendo cualquier cargo de envío rápido aplicable.

**X**

Firma del titular de la tarjeta

Fecha

Marque esta casilla si NO QUIERE que usemos este método de pago para ordenes o saldos futuros. Puede llamar a **MedImpact Direct®** para actualizar esta información en cualquier momento, o puede actualizar sus preferencias de pago accediendo a su cuenta en [www.medimpact.com](http://www.medimpact.com).

#### Autorizaciones

Marque aquí para solicitar tapas de abertura fácil. La ley federal requiere que su pedido sea dispensado en un contenedor con una tapa de seguridad o a prueba de niños, a menos que usted lo solicite de otro modo. Si quiere una tapa de abertura fácil, marque la casilla.

**MedImpact Direct®** quiere ofrecerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. **MedImpact Direct®** sustituirá medicamentos genéricos equivalentes por medicamentos de marca, según corresponda por ley, a menos que usted o el que los recete indiquen lo contrario.

Al regresar este formulario a **MedImpact Direct®**, usted confirma que la información es correcta, que las recetas incluidas son para participantes elegibles, y que autoriza la divulgación y uso de la información de salud del paciente al/a los plan(es) de salud y proveedores/agentes de atención médica para fines de administración de beneficios de salud. El uso o divulgación de la información de salud individualmente identificable por parte de MedImpact Direct, ya sea proporcionada por usted u obtenida de otras fuentes, como proveedores médicos, será de acuerdo con las normas federales de privacidad conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

**X**

Firma

Fecha

#### Enviar por correo este formulario completo, junto con su receta y la información de pago, a:

**MedImpact Direct®**, PO BOX 51580, Phoenix, AZ 85076-1580

Pídale a su médico que envíe su receta electrónicamente a MedImpact Direct® o que nos la envíe vía fax al: 1-888-783-1773.

\*\*Tenga en cuenta que solo aceptamos recetas electrónicas o faxes de parte de su prestador médico.

El presente formulario puede contener información confidencial de salud, individualmente identificable, de acuerdo con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y otras leyes.