

## NEW PRESCRIPTION MAIL-IN ORDER FORM

### Formulario de Pedido por Correo para Nuevas Recetas

**1 Member and physician information — please use black or blue ink. One form per member.**  
**Información sobre el miembro y el médico — use tinta negra o azul. Un formulario por miembro.**

Member ID Number   <i>Número de Identificación del Miembro</i>		
(Additional coverage, if applicable   <i>Cobertura adicional, si corresponde</i> ) Secondary Member ID Number   <i>N.º de Identificación del Miembro Secundario</i>		
Last Name   <i>Apellido</i>	First Name   <i>Nombre</i>	MI   <i>Inicial 2.do Nombre</i>
Delivery Address   <i>Dirección de Entrega</i>		Apt. #   <i>N.º de Apto.</i>
City   <i>Ciudad</i>	State   <i>Estado</i>	ZIP   <i>Código Postal</i>
Phone Number with Area Code   <i>Número de Teléfono con Código de Área</i>		
Date of Birth (mm/dd/yyyy)   <i>Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)</i>	Gender   <i>Sexo</i> <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Email   <i>Correo Electrónico</i>
Physician Name   <i>Nombre del Médico</i>		
Physician Phone Number with Area Code   <i>Número de Teléfono del Médico con Código de Área</i>		

**2 Health history | *Historial médico***

<b>Medication Allergies   <i>Alergias a Medicamentos:</i></b> <input type="radio"/> None known   <i>Ninguna conocida</i> <input type="radio"/> Amoxil/Ampicillin   <i>Amoxicilina/Ampicilina</i> <input type="radio"/> Aspirin   <i>Aspirina</i> <input type="radio"/> Cephalosporins   <i>Cefalosporinas</i> <input type="radio"/> Codeine   <i>Codeína</i> <input type="radio"/> Others   <i>Otros:</i> _____	<input type="radio"/> Erythromycin   <i>Eritromicina</i> <input type="radio"/> NSAIDs   <i>NSAID</i> <input type="radio"/> Penicillin   <i>Penicilina</i> <input type="radio"/> Quinolones   <i>Quinolonas</i> <input type="radio"/> Sulfa   <i>Sulfamidas</i> <input type="radio"/> Tetracyclines   <i>Tetraciclinas</i>
<b>Health Conditions   <i>Condiciones de Salud:</i></b> <input type="radio"/> None known   <i>Ninguna conocida</i> <input type="radio"/> Arthritis   <i>Artritis</i> <input type="radio"/> Asthma   <i>Asma</i> <input type="radio"/> Cancer   <i>Cáncer</i> <input type="radio"/> Diabetes   <i>Diabetes</i> <input type="radio"/> Others   <i>Otros:</i> _____	<input type="radio"/> Glaucoma   <i>Glaucoma</i> <input type="radio"/> Heart condition   <i>Condición cardíaca</i> <input type="radio"/> High blood pressure   <i>Presión arterial alta</i> <input type="radio"/> High cholesterol   <i>Colesterol alto</i> <input type="radio"/> Osteoporosis   <i>Osteoporosis</i> <input type="radio"/> Thyroid Disease   <i>Enfermedad de la glándula tiroide</i>

**Over-the-counter/herbal medications taken regularly | *Medicamentos a base de hierbas/de venta sin receta que toma regularmente:***

---

