

C Cuéntenos sobre las personas que piden recetas. Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

Primera persona con una reposición o receta nueva.

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

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 1ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

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

Condiciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Condición cardíaca
 Hipertensión Colesterol alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la próstata Tiroides
 Otra: _____

Segunda persona con una reposición o receta nueva.

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

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

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

Condiciones médicas: 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? (Si su copago es \$0, usted no necesita proveer la información de pago.)

Cheque electrónico. Pague de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llame a Servicio al Cliente.)

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

Use su tarjeta en récord.

Use una tarjeta nueva o actualice 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.
- Escribe su No. de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta \$40.

El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros:
 Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

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

Firma dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

La entrega regular es gratis y tomará hasta 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.



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑