YouRx
Patient Pharmacy @ Bond CHC

La siguiente información será utilizada para el suministro de medicamentos de prescripción y/o los servicios de asistencia al paciente para la persona. Toda la información, de conformidad con las regulaciones HIPAA, se mantendrá en forma confidencial y privada. Por favor complete todos los espacios. Si la información solicitada no se aplica a usted, por favor escriba N/A.

Nombre: _____ _____ _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Nombre

Direccion: _____
La dirección de la calle

_____ _____ _____
Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____ Correo Electronico: _____

Telephono: (____)_____ (____)_____
Casa XXX

Número de la Seguridad Social: _____

Los ingresos mensuales de su hogar: _____

Macho: _____ Hembra: _____ Cuántas personas viven en tu casa: _____

Casado: _____ Solo: _____

Los ingresos de los hogares incluye estampillas de comida, SSI, subsidio de vivienda, jubilación, alimont, manutención infantil, sueldos, etc.
****Si se solicita la asistencia del paciente, una copia del comprobante de ingresos debe ser proporcionada.***

Alergias a medicamentos: _____

Las condiciones de salud: _____

Tiene seguro de prescripción: Si _____ No _____
****Si la respuesta es sí, una copia de su tarjeta de seguro es obligatorio***