



Formulario de pedido de medicamento recetado con envío a domicilio gratis

- Firme este formulario y envíelo por correo a la dirección que figura abajo, con las recetas originales firmadas por el recetador.
- Si desea prescribir recetas para varios pacientes, debe llenar todos los formularios correspondientes.
- Se le notificará si se requiere más tiempo para procesar las recetas que requieren la aclaración del recetador.
- Para los resurtidos o cualquier servicio adicional, visite: www.wegmans.com/pharmacy o llame al 1-800-934-4797.

Envíe este formulario por correo a:
Wegmans Pharmacy Free Home Shipping
 P.O. Box 64472
 Rochester, NY 14624

Información del paciente:

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
				/ /	
Dirección permanente					
Ciudad				Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (para la notificación de envío)				Número de teléfono preferido	
				()	
				Marque una opción: <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular	

Sexo: **Alergias a medicamentos:**
 Masculino Femenino Ninguna Codeine Penicillin Aspirin Sulfa Otro: _____

Información del seguro:

Rx BIN	Rx PCN	Identificación del titular	Rx GRP

Relación con el titular:
 Titular Cónyuge Hijo

Información de envío:

Modo de entrega: Estándar (5-10 días hábiles): No Charge Exprés (1-2 días hábiles): \$18.95

Dirección de envío (solamente si difiere de su domicilio de residencia permanente)

Ciudad	Estado	Código postal

Recetas:

Médico (MD)	Número de teléfono del médico		Dirección del médico	
	Seleccione una opción:		Seleccione una opción:	
Nombre del medicamento/concentración	Incluiré esta receta en este formulario	Comuníquese con mi doctor para esta receta	Surtir ahora	Suspender y surtir más adelante
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Médico (MD)	Número de teléfono del médico		Dirección del médico	
	Seleccione una opción:		Seleccione una opción:	
Nombre del medicamento/concentración	Incluiré esta receta en este formulario	Comuníquese con mi doctor para esta receta	Surtir ahora	Suspender y surtir más adelante
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

