



Formulario Para Orden de Prescripciones

(para clientes nuevos o pre-existentes)

Complete y firme este formulario y envíelo a MedVantx junto con su receta(s) y pago. El domicilio y número de fax están en el encabezado de esta forma. Si el pago es con cheque, el cheque debe estar adjunto a este formulario y recibido antes del procesamiento de la orden. Si el pago es con tarjeta de crédito, asegúrese de completar toda la información requerida para evitar demoras.

Información del Paciente

Nombre _____ Teléfono _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____ Sexo M / F

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Domicilio de Envío (si es diferente al anterior) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información Médica del Paciente

Nombre de su Doctor _____ Teléfono _____

Nombre de la Clínica _____ Fax _____

Condición Médica _____

Alergias _____

Medicamentos que Toma Actualmente - Nombre, Dosis, y Frecuencia en Tomarlos (e.j., lisinopril 10mg - 1 tab por día)

Información de Pago - Indique la forma de pago y complete toda la información requerida para evitar demoras en el proceso de su orden.

Cheque - **El pago debe ser enviado adjunto a este formulario y recibido antes del procesamiento de su orden. Hago pagable a MedVantx.**

Tarjeta de Crédito Visa MasterCard' American Express Discover

Marque esta casilla si desea que guardemos la información de su tarjeta de crédito en nuestro sistema para uso futuro.

Número de Tarjeta de Crédito _____ Fecha de Expiración _____

Nombre que Aparece en la Tarjeta _____

- Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:
1. Entiendo que la información provista en este formulario, es exacta y verdadera.
 2. MedVantx puede actuar como mi "agente" con el fin de obtener y enviar productos al domicilio mencionado anteriormente.
 3. MedVantx se reserva el derecho a negar servicio y envío de sus productos si hubiese abuso intencional o distribución ilegal del mismo.

Autorización para revelar información médica: Yo autorizo a MedVantx, y a cualquier otra compañía que MedVantx use, a:

1. Administrar y hacer uso de los registros de las prescripciones del producto(s) que reciba.
2. Usar la información provista y contactarme a mí o a mi proveedor médico con fines de ejecutar los servicios por medio de MedVantx.

Firma _____ Fecha _____