



# 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](http://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:			
<input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> 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"/>
	<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"/>
	<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"/>



