

#2 INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO		
Nombre (de pila, apellido)		
Dirección de correo electrónico		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Dirección de envío (por favor, no utilice apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono durante el día ()	Teléfono durante la noche ()	
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> 70-Penicilina <input type="checkbox"/> Otras (enliste): <input type="checkbox"/> Ninguna conocida <input type="checkbox"/> 87-Sulfa <input type="checkbox"/> 32-Codeína <input type="checkbox"/> 93-Tetraciclina		
AFECCIONES MÉDICAS: <input type="checkbox"/> Ninguna conocida <input type="checkbox"/> 200-Diabetes <input type="checkbox"/> 600-Trastornos estomacales <input type="checkbox"/> 300-Hipertensión <input type="checkbox"/> 700-Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> 400-Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> 800-Artritis <input type="checkbox"/> 500-Glaucoma <input type="checkbox"/> Otras (enliste):		
Nombre del médico (letra de molde)	Teléfono del médico (muy importante) ()	
<input type="checkbox"/> Verifique si el paciente necesita medicamentos con tapas a presión. <input type="checkbox"/> Verifique si el paciente necesita las etiquetas de los medicamentos en español. <input type="checkbox"/> Verifique si el paciente desea repeticiones automáticas de 90 días.		

#3 INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO		
Nombre (de pila, apellido)		
Dirección de correo electrónico		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Dirección de envío (por favor, no utilice apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono durante el día ()	Teléfono durante la noche ()	
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> 70-Penicilina <input type="checkbox"/> Otras (enliste): <input type="checkbox"/> Ninguna conocida <input type="checkbox"/> 87-Sulfa <input type="checkbox"/> 32-Codeína <input type="checkbox"/> 93-Tetraciclina		
AFECCIONES MÉDICAS: <input type="checkbox"/> Ninguna conocida <input type="checkbox"/> 200-Diabetes <input type="checkbox"/> 600-Trastornos estomacales <input type="checkbox"/> 300-Hipertensión <input type="checkbox"/> 700-Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> 400-Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> 800-Artritis <input type="checkbox"/> 500-Glaucoma <input type="checkbox"/> Otras (enliste):		
Nombre del médico (letra de molde)	Teléfono del médico (muy importante) ()	
<input type="checkbox"/> Verifique si el paciente necesita medicamentos con tapas a presión. <input type="checkbox"/> Verifique si el paciente necesita las etiquetas de los medicamentos en español. <input type="checkbox"/> Verifique si el paciente desea repeticiones automáticas de 90 días.		