



**WHITE CROSS**  
**PHARMACY**  
*Your Pharmacy Solution Since 1933*

## Hoja de trabajo del Paciente de MedPack

Por favor envíe el formulario completo por fax al 401-351-5902 Tel: 401-726-6200 [www.whitecrosspharmacy.com](http://www.whitecrosspharmacy.com)

Fecha: \_\_\_\_\_ *Por favor imprima claramente – use formularios adicionales si es necesario*

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección del paciente:** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Teléfono #** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Seguridad social #:** \_\_\_\_\_

**Medicare #:** \_\_\_\_\_

**Medicaid # (si corresponde)** \_\_\_\_\_

**Persona de contrato:** \_\_\_\_\_

**Contacto #:** \_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_

**Teléfono #:** \_\_\_\_\_

**Alergias del paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la farmacia anterior:** \_\_\_\_\_

**Farmacia anterior Ubicación /Telefono #**  
 \_\_\_\_\_

**Información del seguro:** Enumere la información del seguro primario para cobertura de prescripción. Fije la parte delantera y trasera de las tarjetas de seguro si están disponibles.

**Nombre de Rx:** \_\_\_\_\_

**ID de Suscriptor** \_\_\_\_\_

**Rx Grp #** \_\_\_\_\_ **PCN#** \_\_\_\_\_

**RX BIN #** \_\_\_\_\_

**Credit Card #:** \_\_\_\_\_

**Exp Date:** \_\_/\_\_\_\_ CVC#: \_\_\_\_\_

Agencia de referencia \_\_\_\_\_ Nombre de la enfermero \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del fármaco prescrito/dosis	Cuándo/cuántas veces por día	Prescribiendo al Dr./ Teléfono#
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		