

Para despachar órdenes por separado, por favor comuníquese gratis con el Centro de Atención al Cliente al 888-305-0068. Número de teletipo TTY al 800-573-1833.



MIEMBRO	
Alergias	
<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Cefalosporina <input type="checkbox"/> Derivativos de codeína <input type="checkbox"/> Derivativos de morfina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Medicamentos sulfá <input type="checkbox"/> Ninguna conocida <input type="checkbox"/> Otro (Use líneas abajo)	<hr/> <hr/>
Afecciones médicas	
<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Ninguna conocida <input type="checkbox"/> Otro (Use líneas abajo)	<hr/> <hr/>
Orden de preferencia	
<input type="checkbox"/> Frascos de etiquetas en letra grande <input type="checkbox"/> Frascos de etiquetas en español <input type="checkbox"/> Repetición automática* * Rellene este círculo si desea que repitamos su receta automáticamente en el futuro. Sujeto a la cobertura de su plan médico.	<hr/> <hr/>

Debe pagar al momento de efectuar el pedido. Por favor no envíe dinero en efectivo.		
<input type="checkbox"/> Cheque a nombre de Walgreens	<input type="checkbox"/> Cargar a tarjeta de crédito que aparece a continuación sólo para este pedido <input type="checkbox"/> Registrar la información de esta tarjeta de crédito para éste y para todos los pedidos futuros	<i>Aceptamos American Express[®], Discover[®], MasterCard[®] y Visa[®].</i>
Número de tarjeta de crédito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fecha de vencimiento [MM/AA]	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
Autorizo a Walgreens a cargar a mi tarjeta de crédito los costos de los servicios de los cuales soy económicamente responsable. Si la tarjeta de crédito registrada no puede solventar el pago, por cualquier motivo, acepto pagar el balance de mi cuenta al recibo de la misma y comprendo que, de no hacerlo, pueden dejar de prestarme servicios farmacéuticos.		
Firma del titular de la tarjeta		Fecha

Información del pedido – Si incluye una orden de receta, por favor complete esta sección.

Por favor permita 10 días laborables desde el momento que hace la orden para recibir su medicamento(s). Se le enviará un formulario para la orden de repetición del medicamento conjunto con un sobre con su pedido.

El reemplazo de medicamentos de marca por medicamentos genéricos equivalentes constituye una práctica farmacéutica estándar. Walgreens despachará un medicamento genérico equivalente si está disponible y permitido por la persona que lo recetó. Si no desea que se le despache un medicamento genérico o si tiene preguntas acerca de las recetas que solicitó a través del servicio por correo, por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 888-305-0068, TTY 800-573-1833.

Al remitirnos este formulario, usted ha autorizado a divulgar toda la información que se requiera para procesar sus recetas bajo su plan de beneficios a Walgreens (y otras entidades necesarias).

Número total de recetas en este pedido		<input type="text"/> <input type="text"/>
Total incluido para el copago(s)	\$	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Envío regular	LIBRE DE COSTO	
<input type="checkbox"/> Al siguiente día laboral (\$19.95†)	\$	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> En dos días laborables (\$12.95†)	\$	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servicio de entrega al siguiente día los sábados (\$27.95†)	\$	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Total a pagar	\$	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Por favor, escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas sus recetas médicas, adjúntelas con este formulario completado y envíelo a:

Walgreens
 P.O. Box 29061
 Phoenix, AZ 85038-9061

† Los precios de envío pueden cambiar en base a la compañía sin previa notificación y pueden variar dependiendo del peso y la zona.

