



**COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA HASTA DOS INDIVIDUOS QUE DEBEN RECIBIR RECETAS CON ESTA ORDEN.**

**PRIMERA PERSONA QUE RECIBE RECETAS CON ESTE PEDIDO**

Tapas fácil de abrir

Imprima los documentos en español

A P E L L I D O S

P R I M E R

I Sufijo

A P O D O

Género:  M  F

Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail:

Fecha de la nueva receta recibida del doctor:

Apellido del Médico

Primer Nombre del Médico

No. Telefónico del Médico

**INFORMACIÓN DE ALERGIAS/SALUD: COMPLETE SÓLO SI HA CAMBIADO O NO SE INFORMÓ ANTERIORMENTE**

**Alergias:**  Ninguna  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Cacahuates  Penicilina  
 Sulfonamidas/Sulfa  Otra:

**Condiciones de Salud:**  Artritis  Asma  Diabetes  GERD (Reflujo Gástrico)  Glaucoma  Condición Cardíaca  
 Hipertensión  Colesterol Alto  Migrañas  Osteoporosis  Trastornos de la Próstata  Tiroides  
 Otra:

**SEGUNDA PERSONA QUE RECIBE RECETAS CON ESTE PEDIDO**

Tapas fácil de abrir

Imprima los documentos en español

A P E L L I D O S

P R I M E R

I Sufijo

A P O D O

Género:  M  F

Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail:

Fecha de la nueva receta recibida del doctor:

Apellido del Médico

Primer Nombre del Médico

No. Telefónico del Médico

**INFORMACIÓN DE ALERGIAS/SALUD: COMPLETE SÓLO SI HA CAMBIADO O NO SE INFORMÓ ANTERIORMENTE**

**Alergias:**  Ninguna  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Cacahuates  Penicilina  
 Sulfonamidas/Sulfa  Otra:

**Condiciones de Salud:**  Artritis  Asma  Diabetes  GERD (Reflujo Gástrico)  Glaucoma  Condición Cardíaca  
 Hipertensión  Colesterol Alto  Migrañas  Osteoporosis  Trastornos de la Próstata  Tiroides  
 Otra:

Comentarios/Instrucciones Especiales:

**MÉTODO DE PAGO: Seleccione un método de pago a continuación**

Procesamiento de Cheque Electrónico (Requiere inscripción previa en línea o llamando a Servicio al Cliente.)

Tarjeta de crédito o de débito (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

Facturar a tarjeta de crédito/débito usada recientemente

Facturar a tarjeta de crédito/débito nueva/actualizada (proveer datos a continuación)

# de la Tarjeta

Expira: MM/AA

Cheque/Giro/Cheque de Cajero \$

Cantidad

Firma del Dueño de la Tarjeta de Crédito/ Fecha

**LA ENTREGA REGULAR ES GRATIS**

(Permita 7 a 10 días para la entrega)

**Llene el óvalo para la entrega más rápida:**

2do Día Laborable \$17 por orden

El Próximo Día Laborable \$23 por orden  
(Los costos están sujetos a cambios.)

Nota: La entrega rápida sólo afecta el tiempo de envío, no el procesamiento de su pedido. Los pedidos de entrega rápida sólo se pueden enviar a la dirección de un domicilio, no a un apartado de correo.

Llene el óvalo si NO DESEA que el método de pago seleccionado se use automáticamente para los cargos de pedidos futuros.



Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí