

Formulario de Cambio de Farmacia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:

SSN#:

Fecha de Nacimiento:

Teléfono Celular:

Teléfono Residencial:

Dirección:

INFORMACIÓN ACTUAL DE LA FARMACIA

Nombre:

Teléfono:

Ciudad/Estado:

NUEVA INFORMACIÓN DE FARMACIA DENTRO DE LA RED

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad/Estado:

AEW/NOMBRE DE LA CLÍNICA

Nombre:

Teléfono:

Ciudad/Estado:

NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL:

Rx Bin#:

Rx ID de la póliza #:

Rx Grupo#:

Código de Persona:

Código PCN:

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO: **RAMSELL**

Rx Bin#: **013469**

Rx ID de la póliza #:

Grupo Rx#: **28002**

PCN Código: **TC01AP**

INFORMACIÓN DE TRANSFERENCIA DE RECETAS (marque si lo es)

☐ Medicamentos para transferir:

¿Cuál prefiere? ☐ Tapas de seguridad ☐ Tapas que no son de seguridad

Nombre/Dosis/Receta:

Nombre/Dosis/Receta:

Nombre/Dosis/Receta:

Nombre/Dosis/Receta:

Nombre/Dosis/Receta:

Nombre/Dosis/Receta:

Si tiene medicamentos adicionales que deben transferirse, adjunte una segunda página con la información de la receta.

>> continuación



Formulario de Cambio de Farmacia

Reconocimiento

Al firmar a continuación o permitir que un trabajador de la agencia firme en mi nombre, acepto:

- Permitir que el DSHS y otras agencias estatales, federales y locales verifiquen, compartan y obtengan datos sobre mí.
- Permitir que otras personas, empresas y organizaciones compartan con DSHS la información que tengan sobre mí
- Los datos que se deben verificar y compartir incluyen cualquier cosa que ayude con la transición de mi farmacia a otra, incluido cualquier seguro o plan de Medicare en el que pueda estar inscrito.

También entiendo:

- Que mi información puede ser compartida con DSHS, mis proveedores de servicios para el VIH, la aseguradora médica primaria
- y los trabajadores de la agencia.
- Que debo ponerme en contacto con mi proveedor de servicios local o con THMP si quiero que se haga una excepción.

Mis respuestas son verdaderas. Certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa según mi conocimiento. Si no es así, podría estar sujeto a un proceso penal. He firmado a continuación, para demostrar que estoy de acuerdo:

Firma del solicitante

(o Padre/Tutor si el solicitante tiene 17 años o menos), o Trabajador de Agencia si se completa con el cliente por teléfono.

Fecha



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services