



LEONARD PHARMACY NEW PATIENT FORM

FORMULARIO PARA NUEVOS PACIENTES

Please complete this form so that we can check your prescription against health conditions and drug allergies. It is your responsibility to provide and update your information to us.

Por favor, cubra este formulario para que podamos comprobar su receta ante problemas de salud o alergias a fármacos. Es su responsabilidad proporcionar y actualizar su información para nosotros.

1. Full Name *Nombre Completo*: _____

2. MALE *Hombre* FEMALE *Mujer*

3. Date of Birth *Fecha de nacimiento*: _____

4. Physical Address *Domicilio*:

Mailing Address *Dirección de correo postal*:

City *Ciudad*: _____ State *Estado*: _____ ZIP: _____

5. Primary Phone Number *Número de teléfono principal*: _____

6. E-mail Address *Dirección de correo electrónico*: _____

7. **ALLERGIES** *Alergias a fármacos*:

8. Drivers License / Passport / Military ID

Permiso de conducir / N.º de pasaporte / N.º de identificación militar: _____

9. Insurance Company *Compañía de seguros*: _____

CASH *DINERO EN EFECTIVO*

10. Are you on a Medicare/Texas Medicaid Plan? *¿Tiene un plan con Medicare/Texas Medicaid?*

YES *SÍ* NO

11. If YES to above, SSN *En caso afirmativo respecto a lo anterior, indique su n.º de la Seguridad Social*: _____ - _____ - _____

12. Do you have your CURRENT insurance card with you?
¿Tiene su tarjeta de seguro ACTUAL con usted? YES *SÍ* NO

13. Do you want notification when your insurance is ready?
¿Desea que le avisemos cuando su receta esté lista?
 TELEPHONE *TELÉFONO* TEXT *MENSAJE DE TEXTO* E-MAIL *CORREO ELECTRÓNICO*
 NO

14. Would you like Automatic Refill of Maintenance Medications?
¿Le gustaría rellenar de forma automática su suministro de medicamentos de mantenimiento?
 YES *SÍ* NO

NOTES NOTAS:
