



**Información del paciente**

Identificación del afiliado

Fecha de nacimiento

Sexo

\_\_\_\_ - \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Masculino  
 Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Número de la calle: \_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N.º de Apt./Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Alergias:  No conocidas  Aspirina  Codeína  Penicilina  
 Maní  Sulfamida  Otra \_\_\_\_\_

**Información del médico**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Apellido del médico: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Número DEA: \_\_\_\_\_ Número NPI: \_\_\_\_\_

Número de la calle: \_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N.º de suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_



**Información de la receta**

Se debe completar y enviar por fax desde la oficina del proveedor – No es válida para medicamentos CII.  
Prepararemos un suministro para 90 días, a menos que se indique otra cantidad.

	Nombre y concentración del medicamento	Indicaciones	Cantidad	N.º de repetición de recetas	Inicial para DAW
1.					
2.					
3.					

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Envíe por fax el formulario completo con la cubierta de fax a Humana Pharmacy: **1-800-379-7617**  
Para solicitar Formularios médicos para envíos por fax, visite [HumanaPharmacy.com](http://HumanaPharmacy.com)