

SERVICIO POR CORREO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Métodos de pago: cheque, cheque por correo, tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Discover, Amex) o money order. Visite envisionpharmacies.com/mail o llame al **866-909-5170 (711 TTY)**, (Lun–Vie 8:00 a.m.–10:00 p.m.; Sab 8:30 a.m.–4:30 p.m.).

EnvisionMail es una farmacia de servicio por correo. Ofrece entrega a domicilio sin costo de envío o procesamiento para los envíos estándar. Usted puede recibir una provisión hasta para 90 días de la mayoría de las medicinas, entregadas directamente a la puerta de su casa.

Para obtener el servicio por correo de EnvisionMail, por favor establezca una cuenta usando uno de los tres métodos siguientes:

1. Complete este formulario de inscripción y envíelo a **EnvisionMail, 7835 Freedom Ave NW, North Canton, OH 44720**
2. Inscríbese en línea en envisionpharmacies.com/mail
3. Inscríbese por teléfono al **866-909-5170 (TTY 711)** (Lunes–Viernes 8:00 a.m.–10:00 p.m., y sábados 8:30 a.m.–4:30 p.m.)

Una vez que empiece a usar el servicio por correo, usted puede ordenar reabastecimientos en línea en envisionpharmacies.com/mail o llamando **866-909-5170 (TTY 711)**. Para su conveniencia, nuestro sistema automatizado está disponible 24 horas al día, siete días a la semana.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

*Apellido: _____ *Nombre: _____ *Inicial: _____

*Dirección: _____ Apto. #: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Zip: _____ *Teléfono #: _____

*Número de grupo: _____ *Número de identificación de miembro: _____

*Fecha de nacimiento: _____ *Sexo: M F *Correo electrónico: _____

*Alergia a medicinas: No conocidas Erythromycin Penicillin Codeine Aspirin Sulfa
 Otras: _____

Afecciones de salud: _____

Historia médica: _____

Medicinas sin receta que toma actualmente: _____

Suplementos herbales/remedios actuales: _____

Vitaminas que toma actualmente: _____

*Información requerida

ENVISIONMAIL
A Division of EnvisionPharmacies

MANEJO ESPECIAL

_____ Escriba sus iniciales en la línea si **no** quiere que le enviemos frascos con tapas de seguridad. Nosotros le enviaremos sus medicinas en frascos con tapa fácil de abrir si usted escribe sus iniciales en esta línea.

Genéricos: EnvisionMail dispensará automáticamente medicamentos genéricos a menos que su médico escriba “DAW” (dispensar como está en la receta) en la receta y usted necesite medicamentos de marca. Los medicamentos de marca generalmente tienen copagos más altos.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 establece que usted tiene derecho a nombrar a una o más personas como representantes para tomar decisiones acerca del uso y revelación de su información protegida de salud. Usted puede limitar la cantidad de información protegida de salud sobre la cual sus representantes autorizados pueden decidir, y usted puede cancelar su autorización en cualquier momento.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Para el Uso y Revelación de su Información Protegida de Salud

El paciente (“Paciente”) que firma esta Designación de Representante Autorizado (“Autorización”) autoriza a EnvisionPharmacies a revelar información de salud del Paciente (“Información del Paciente”) a la siguiente persona como “Representante Autorizado”:

Nombre del Representante Autorizado

Número telefónico del Representante Autorizado

Esta autorización tiene como fin permitirle a EnvisionPharmacies revelar Información del Paciente para que el Representante Autorizado pueda ayudar y asistir al Paciente con las recetas del Paciente con EnvisionPharmacies y asuntos relacionados con el pago, de manera continua por todo el tiempo que esta Autorización permanezca en vigencia.

EnvisionPharmacies no puede controlar que la Información del Paciente sea posteriormente revelada como resultado de esta autorización. Tal Información del Paciente, en manos del Representante Autorizado o de terceros, podría no estar protegida por la Ley de Privacidad HIPAA, aunque podría estar protegida por otras leyes.

EnvisionPharmacies no condiciona el Tratamiento o Pago basado en esta autorización. El Paciente tiene derecho a preguntar en que forma su Información de Paciente ha sido revelada de conformidad con esta Autorización. El Paciente tiene derecho a recibir y conservar una copia firmada de esta Autorización. Una copia escrita o electrónica del original de esta Autorización será tratada como si fuera la original.

Esta Autorización caducará un (1) año a partir de la fecha que aparece abajo. Sin embargo, el Paciente la puede revocarla en cualquier momento notificando por escrito a EnvisionPharmacies, Privacy Officer, EnvisionPharmacies, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720. EnvisionPharmacies cumplirá con tal solicitud escrita, excepto cuando EnvisionPharmacies ya haya actuado de buena fe en cumplimiento con esta Autorización.

Firma del Paciente

Identificación del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha