

SERVICIO POR CORREO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

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

EnvisionPharmacies es una farmacia de servicio por correo y medicamentos de especialidad. Ofrece entrega a domicilio sin costo de envío ni de manejo para entregas estándar. Usted puede recibir provisiones hasta para 90 días entregadas en la puerta de su casa.

Para utilizar el servicio de EnvisionPharmacies, cree una cuenta utilizando uno de los tres métodos siguientes:

1. Complete este formulario y envíelo a **EnvisionPharmacies, 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 comience el servicio, puede pedir reabastecimientos en línea en envisionpharmacies.com/mail o llamando al **866-909-5170 (TTY 711)**. Para su conveniencia, nuestro sistema automatizado atiende 24 horas al día, 7 días a la semana.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

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

*Dirección: _____ Apto. #: _____

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

*Número de grupo: _____ *Identificación de miembro: _____

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

*Alergia a medicinas: Ninguna conocida Erythromycin Penicillin Codeine Aspirin Sulfa
 Otras: _____

Afecciones de salud: _____

Historia médica: _____

Medicinas compradas sin receta que toma actualmente: _____

Suplementos y remedios herbales que toma actualmente: _____

Suplementos vitamínicos que toma actualmente: _____

*Información requerida

ENVISIONPHARMACIES

EnvisionPharmacies cumple con todas las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad o sexo. ATENCIÓN: tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística en español. Llame al 1-866-909-5170 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-909-5170 (TTY: 711)。

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: EnvisionPharmacies 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

La 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 puede cancelar su autorización en cualquier momento..

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Para el uso y revelación de 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 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 revocar 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