

Use este formulario para inscribirse, agregar dependientes o actualizar su información. Envíe el formulario completo a WellDyne, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804.

## Información del Titular de la Tarjeta De Seguro

Apellido(s)		Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección de facturación			Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de envío ( igual que la dirección de facturación)			Ciudad	Estado	Código postal
Tel. en casa	Tel. celular	Correo electrónico (para recibir información sobre sus pedidos de recetas)			
Nombre del grupo (primario)			Nombre del grupo (secundario)		
Id. del grupo	Id. del miembro	Id. del grupo	Id. del miembro		

## Alergias y Condiciones De Salud

Para su seguridad, WellDyne debe contar con la información sobre sus alergias y condiciones de salud y las de sus dependientes antes de dispensar los medicamentos. Incluya la información para otros miembros de su familia en una hoja aparte.

Información del titular de la tarjeta		Información del dependiente		Información del dependiente	
Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)	
		Relación con el titular de la tarjeta		Relación con el titular de la tarjeta	
Fec. nac.	M F	Fec. nac.	M F	Fec. nac.	M F
Alergias a fármacos	Condiciones de salud	Alergias a fármacos	Condiciones de salud	Alergias a fármacos	Condiciones de salud
<b>Ninguna conocida</b>	<b>Ninguna conocida</b>	<b>Ninguna conocida</b>	<b>Ninguna conocida</b>	<b>Ninguna conocida</b>	<b>Ninguna conocida</b>
Amoxicilina	Asma	Amoxicillin	Asthma	Amoxicillin	Asthma
Aspirina	Trastorno hemorrágico	Aspirin	Bleeding Disorder	Aspirin	Bleeding Disorder
Cefaloesporinas	Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)	Cephalosporins	COPD	Cephalosporins	COPD
Codeína	Depresión	Codeine	Depression	Codeine	Depression
Eritromicina	Diabetes	Erythromycin	Diabetes	Erythromycin	Diabetes
Penicilina	GERD/Úlceras	Penicillin	GERD/Ulcer	Penicillin	GERD/Ulcer
Sulfamidas	Enfermedad cardíaca	Sulfa	Heart Disease	Sulfa	Heart Disease
Tetraciclinas	Colesterol alto	Tetracyclines	High Cholesterol	Tetracyclines	High Cholesterol
Otra (use el espacio provisto a continuación)*	Hipertensión	Other* (List below)	Hypertension	Other* (List below)	Hypertension
	Enfermedad hepática		Liver Disease		Liver Disease
	Enfermedad renal		Renal Disease		Renal Disease

\*Indique el nombre del paciente y las otras alergias a fármacos que tiene.

**Preferencias sobre los medicamentos:** WellDyne sustituirá los medicamentos de marca por un medicamento genérico equivalente aprobado por la FDA, siempre que esté disponible y su médico lo permita. Tal como lo confirma la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), los medicamentos genéricos tienen exactamente las mismas propiedades de eficacia, calidad, seguridad y concentración. Indique si prefiere medicamentos de marca o genéricos. Si no marca una casilla, WellDyne le enviará medicamentos genéricos.

Envíenme medicamentos genéricos, si están disponibles y si mi médico lo permite.

Solo deseo recibir medicamentos de marca. Entiendo que los medicamentos de marca pueden ser más costosos.

Firma

Fecha