

Información de paciente nuevo

Paciente

Cambio de dirección

Datos demográficos del paciente

Nombre del centro/ Número de cuenta de MMS:					
Nombre del paciente: Apellido:		Nombre:			
Dirección particular:					
Ciudad:	Estado:	Código postal:			
Teléfono particular:		Tel. celular/altern.:			
Fecha de nac.:	Sexo:	M	F	N.º de seguro social:	
Alergias:					
¿El paciente tiene una discapacidad visual?	S	N	¿El paciente tiene una discapacidad auditiva?	S	N



MMS Solutions
239 Mason Road
La Vergne, TN 37086



866.716.5486
866.750.0823 (fax)



mmspharmacy.com

Designación de agente

Complete esta sección si el medicamento pedido se deberá enviar a un centro.

Yo, _____, paciente de _____,

Nombre del paciente

Nombre de la clínica

ubicado en _____, nombro a dicho centro de diálisis para actuar como mi agente para pedir y recibir recetas

Dirección de la clínica

de medicamentos en mi nombre que han sido recetados por un médico con licencia y entregados por un farmacéutico con licencia, hasta que pueda tomar posesión de ellos. Como paciente en este centro, tengo el derecho de obtener asesoramiento de un farmacéutico respecto de cualquier medicamento entregado por esta farmacia. Puedo comunicarme con un farmacéutico por teléfono a través del número que se encuentra en la etiqueta del medicamento.

Nombre del paciente/representante personal

Firma del paciente/representante personal

Nombre de la persona responsable en la clínica de diálisis

Firma de la persona responsable

Fecha

*Si el paciente es incapaz de firmar este documento, indique una razón aquí

Coloque el original de este formulario en el registro médico del paciente y envíe una copia por fax a MMS Solutions al teléfono **866.750.0823**.