

# Formulario de Orden Médica

Teléfono: 1-855-353-2879

Fax: 1-833-353-2879

Correo electrónico: info@electrx.com



## Paso 1: Sus Datos de Contacto y Perfil Médico

Página 1 de 3

Por favor, complete todos los campos a continuación, asegurándose de escribir con claridad. Esta información es requerida por nuestro personal de farmacia y se mantendrá confidencial. Esta sección es importante, ya que nuestro personal de farmacia revisará su historial médico para confirmar que los medicamentos dispensados no entren en conflicto con ninguna condición médica existente.

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

Altura (si es menor de 12 años): \_\_\_\_\_ Peso (si es menor de 12 años): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

¿Es fumador?: Si  No  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?: Si  No  ¿Está amamantando?  Si  No

Si es así, ¿cuál es su fecha de parto? (MM/DD/AA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Tiene alguna alergia a medicamentos conocida? ((Si no, por favor escriba Ninguna):

Por favor enumere su historial médico y enfermedades/condiciones actuales:

Nombre del empleador/grupo: \_\_\_\_\_

Relación con el empleador:  Empleado/a/Propio/a  Cónyuge/Pareja  Dependiente

Preferencia de notificación de recordatorio de reposición:  Teléfono de casa  Mobile  Email

Nombre del médico que prescribe: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección del médico (si se conoce): \_\_\_\_\_

**Por favor tenga en cuenta: su dirección de envío debe ser una dirección a la que el Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS) entregue.**

Dirección de envío línea 1: \_\_\_\_\_

Dirección de envío línea 2: \_\_\_\_\_

Ciudad de envío: \_\_\_\_\_ Estado de envío: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Mobile (opcional): \_\_\_\_\_

**Le notificaremos que un pedido de reposición está siendo procesado. Su pedido de reposición será procesado automáticamente 48 horas después de esta notificación, por favor infórmenos dentro del período de 48 horas si hay algún cambio en la medicación o en los detalles de la dirección.**

# Formulario de Orden Médica

Teléfono: 1-855-353-2879

Fax: 1-833-353-2879

Correo electrónico: [info@electrx.com](mailto:info@electrx.com)



## Paso 2: Detalles de su pedido

(Página 2 de 3)

Por favor complete los detalles de su pedido a continuación. Para completar los detalles del medicamento, consulte el formulario más reciente de ElectRx. Si su medicamento no está en la lista, comuníquese con nuestro centro de atención al cliente al **1-855-353-2879** para consultar sobre la disponibilidad, o envíenos un correo electrónico a [info@electrx.com](mailto:info@electrx.com).

Por favor marque la casilla correspondiente a continuación para informarnos cómo recibiremos su(s) receta(s). ***Si no ha tomado previamente el(los) medicamento(s) que está ordenando hoy, por favor marque "Sí" en "¿Nuevo medicamento?"***.

Por favor tenga en cuenta: si su medicamento no está en el formulario de medicamentos de ElectRx, puede ser debido a la disponibilidad de alternativas más económicas en los EE. UU.

MEDICAMENTO	FUERZA	¿CUÁNTOS POR DÍA?	¿ES NUEVO?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

He adjuntado mi(s) receta(s) con este formulario de pedido.

Organizaré para que mi médico envíe por fax mi(s) receta(s) al **1-833-353-2879**.

Por favor envíe un fax a mi médico para solicitar una copia de mi(s) receta(s):

Número de teléfono del proveedor: : \_\_\_\_\_

Por favor complete los detalles de todos los medicamentos y suplementos que está tomando actualmente y la condición para la que los toma. Esta sección es importante ya que nuestro personal de farmacia revisa su historial médico para confirmar que los medicamentos dispensados no entren en conflicto con otros medicamentos o suplementos que esté tomando.

MEDICAMENTO	FUERZA	¿CUÁNTO TIEMPO LO HA TOMADO?	ENFERMEDAD/CONDICIÓN

**Al firmar este formulario, acepto que mi medicación sea enviada bajo el programa de importación personal ofrecido por ElectRx.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

¿Es este su primer pedido con ElectRx??  Yes  No

# Formulario de Orden Médica

Teléfono: 1-855-353-2879

Fax: 1-833-353-2879

Correo electrónico: [info@electrx.com](mailto:info@electrx.com)



## Paso 4: Envíe por fax su formulario de pedido completo (Página 3 de 3)

Una vez que haya completado toda la información en este formulario, envíe por fax todas las páginas junto con una copia de su receta **válida de USA** al **1-833-353-2879**. Asegúrese de haber completado todos los campos, ya que su pedido puede retrasarse si el formulario está incompleto.

Por favor tenga en cuenta que si proporciona un apartado de correos (P.O. Box) para su dirección de envío, necesitaremos una dirección física para nuestros registros.

Después de recibir su fax, se confirmará su elegibilidad y nuestro personal procesará su pedido y lo enviará. Si su plan es un plan de deducible alto que requiere pago, nos pondremos en contacto con usted directamente por teléfono para obtener los detalles de pago.

Si tiene más preguntas, llame a uno de nuestros representantes de atención al cliente al **1-855-353-2879** o envíenos un correo electrónico a [info@electrx.com](mailto:info@electrx.com).

TRUE NORTH MEDS INC es una farmacia que se especializa en brindar atención a distancia desde su oficina central ubicada en Winnipeg, Manitoba, Canadá. Para obtener más información sobre los términos y condiciones, con respecto a la venta y entrega de medicamentos, puede visitar el sitio web de True North Meds Inc en [www.truenorthmeds.com](http://www.truenorthmeds.com). Además, las siguientes regulaciones, términos y condiciones rigen todas las ventas entre TRUE NORTH MEDS INC y el paciente.

El paciente es mayor de edad y tiene el derecho legal de comprar y recibir los medicamentos solicitados de TRUE NORTH MEDS INC ("True North") y sus Socios o Agentes, y:

- I. El paciente desea comprar medicamentos de una farmacia con licencia en Canadá y que su pedido sea completado por la misma.
- II. El paciente ha sido examinado en los últimos 12 meses y ha recibido una receta médica legalmente prescrita por un médico con licencia para ejercer la medicina en la jurisdicción del paciente. El paciente no está buscando asesoramiento médico ni depende de la información médica proporcionada por True North o sus agentes.
- III. El paciente consiente que True North y su médico representante puedan contactar al médico del paciente, quien emitió la receta, en relación con la prescripción y dispensación de sus medicamentos. El paciente entiende que la razón de este consentimiento es proporcionar al médico representante de True North la oportunidad de realizar un análisis independiente sobre si la receta obtenida es adecuada y discutir cualquier condición médica que pueda surgir.
- IV. La receta no ha sido alterada de ninguna manera, ni ha sido dispensada antes de su envío a True North.
- V. El paciente contactará de inmediato a su médico, quien le recetó el medicamento, si experimenta efectos secundarios inesperados de los medicamentos ordenados a True North.
- VI. El paciente entiende que los medicamentos se venden, dispensan y entregan dentro de la jurisdicción donde opera la farmacia dispensadora. En el caso de TRUE NORTH, esta jurisdicción es Winnipeg, Manitoba, Canadá. El paciente entiende que es él quien está enviando el medicamento, no TRUE NORTH.
- VII. El paciente acepta usar los medicamentos ordenados a través de True North de acuerdo con las instrucciones indicadas por el médico que proporcionó la receta, en la jurisdicción del paciente. El paciente no permitirá que nadie más use sus medicamentos.
- VIII. El paciente ha revelado completa y precisamente su información personal y de salud y autoriza a TRUE NORTH a recopilar y usar la información para el procesamiento y la entrega de los pedidos realizados por el paciente.
- IX. El paciente otorga a TRUE NORTH poder notarial para tomar todas las medidas, firmar todos los documentos y actuar en nombre del paciente con el propósito de obtener una receta equivalente reconocida y válida dentro de la jurisdicción de la farmacia dispensadora. Esto incluirá, pero no se limitará a, recopilar y usar la información personal y de salud del paciente según sea necesario para procesar su pedido. Esto continuará hasta que el paciente revoque el permiso, lo cual puede hacerse en cualquier momento.
- X. El paciente se adhiere a la jurisdicción de las operaciones de la farmacia dispensadora. Todos los acuerdos alcanzados o contratos formados se realizarán en la jurisdicción de la farmacia, las leyes de la jurisdicción regirán todas las transacciones, y los tribunales de la jurisdicción de la farmacia tendrán la autoridad exclusiva sobre cualquier disputa que surja entre el paciente y la farmacia dispensadora.
- XI. El paciente se compromete a notificar a la farmacia dispensadora, por escrito, cualquier cambio en su terapia de medicamentos 20 días antes de que se envíen los medicamentos.
- XII. El paciente entiende que acepta la responsabilidad de enviar y recibir sus medicamentos. El paciente acepta que puede haber retrasos, como que la aduana retenga el paquete, y que True North no tiene control sobre los retrasos inesperados. True North toma todas las precauciones necesarias para empacar sus artículos de manera segura y confiable. El paciente acepta que es responsable de que haya alguien para firmar y aceptar los envíos que requieran una firma al momento de la entrega. True North no es responsable por los envíos que llegaron y no había nadie disponible para firmar la entrega.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTOS TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPUESTOS ANTERIORMENTE Y ACEPTO QUE SERÁN VINCULANTES PARA MÍ Y MIS ASIGNATARIOS, HEREDEROS Y REPRESENTANTES PERSONALES.

O. "Soy el padre/tutor legal/apoderado del Paciente aquí revelado, tengo la mayoría de edad y plena autoridad para firmar y proporcionar las representaciones anteriores a la Farmacia en nombre del Paciente."

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_