



NEW PATIENT MAIL ORDER PHARMACY ENROLLMENT FORM

Please fax or email the completed form to (310) 669-5609 or priorauth@dhs.lacounty.gov

PATIENT INFORMATION			
Patient Name: (Last, First, Middle)			My Health LA ID:
DOB:	Gender: (Please check one) Male Female		Allergies:
Address:		Suite, Floor, or Apt. #	
City:		State:	ZIP Code:
Home Phone #:	Mobile Phone #:	Language Preference:	

CLINIC INFORMATION			
Clinic Name:		Provider Name:	
Address:			
City:		State:	ZIP Code:
Phone #:	Fax #:	Email:	

DELIVERY PREFERENCE			
Specialized Packaging: (Please check one)		Safety Cap OR	No Safety Cap (Easy Open Lid)
Delivery Option (Please check one):			
Patient Home OR		Clinic	

Patient Attestation

I understand, by my signature below, participation in the mailing program is voluntary and dependent upon providing a valid LA County address. Failure to provide a reliable address will disqualify me from the mailing program, and subsequently I will need to arrange for medication pick-up on my own. I also understand it is my responsibility to request medication refill(s) using the automated telephone refill system (IVR) in a timely manner.

Additionally, I understand that it is my responsibility to update my address with the pharmacy if my preferred mailing address changes. **By signing this consent form, I am indicating that I fully understand the attestation and that I agree to have prescriptions mailed to the address specified above.**

Patient Signature: _____ Date: _____



FORMULARIO DE LA FARMACIA PARA INSCRIPCIÓN DE NUEVOS PACIENTES

Por favor envíe este formulario por correo electrónico o por fax al (310) 669-5609 or priorauth@dhs.lacounty.gov

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre: (Apellido, Nombre, 2do Nombre)		Número de Mi Plan Health LA:
Fecha de Nacimiento:	Género: (Marque uno) Masculino Femenino	Alergias:
Dirección:	Dirección #2: (Con número de apartamento, etc.)	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Contacto Primario #:	Teléfono celular #:	Idioma de Preferencia:

INFORMACIÓN DE SU CLÍNICA Y MEDICAMENTOS		
Nombre de la clínica:	Nombre del médico:	
Dirección de la clínica:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono #:	Fax #:	Correo electrónico:

PREFERENCIA DE ENTREGA		
Envoltura Especial: (Por favor marque una)	Con Tapón de Seguridad	OR Sin Tapón de Seguridad (Una tapadera fácil de abrir)
Opción para enviar medicamentos: (Por favor marque una)	A la Casa del Paciente	OR A la Clínica

Declaración del Paciente

Al firmar a continuación entiendo que mi participación en el programa de surtidos por correo es voluntario y depende de mí proporcionar una dirección válida en el Condado de los Ángeles. Si no cumplo en proporcionar una dirección confiable, se me descalificará del programa de surtidos por correo, y posteriormente tendré que hacer arreglos para recoger los medicamentos por mi cuenta. También entiendo que es mi responsabilidad solicitar medicamento(s) usando el sistema de resurtido telefónico automatizado (IVR) con suficiente anticipación.

Además, entiendo que es mi responsabilidad tener que actualizar mi dirección con la farmacia si tengo algún cambio en mi dirección preferida. **Al firmar este formulario de consentimiento, yo estoy indicando que entiendo perfectamente la certificación y que estoy de acuerdo con prescripciones por correo a la dirección indicada.**

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____