



إستمارة تسجيل المعلومات الشخصية

المعلومات الشخصية

الكنية _____ إسم الأول _____ إسم الأب _____

الرجاء تسجيل عنوان المنزل و ليس صندوق البريد**

العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ zip code _____

تاريخ الولادة _____ \ _____ \ _____ الجنس: ذكر () أنثى ()

هاتف المنزل _____ هاتف الخليوي _____

العنوان الإلكتروني (إيميل) _____

كيف استديت علينا ؟ _____

الطريقة الأفضل للاتصال بكم

هل يمكن وضع رسالة تتعلق بأدويتكم ؟ الرجاء إختيار نعم أو لا لكل طريقة اتصال:

على هاتف المنزل: نعم () لا () على العنوان الإلكتروني (إيميل): نعم () لا ()

على هاتف الخليوي: نعم () لا () رسالة مسجلة (تيكست): نعم () لا ()

الحساسية و الحالة الصحية

هل لديك حساسية لأية أدوية ؟ نعم () لا ()

إذا الجواب نعم, الرجاء سجّل قائمة الأدوية _____

هل أنتي حامل ؟ نعم () لا () هل تريد عبوة الدواء محكمة الإغلاق؟ نعم () لا ()

استمرار تعبئة الأدوية

هل ترغب بالحصول على أدويتك معبأة بشكل روتيني؟ أي عند انتهاء مدة الوصفة نستطيع إرسال طلب

لإعادة تعبئة الدواء من جديد. نعم () لا ()

إستلام و إيصال

نحن نؤمن إيصال الأدوية مجاناً إلى المنزل أو عن طريق البريد لكل أنحاء سان دييغو.

كيف تريد إستلام إيدويتك (إختار واحد من التالي) :

من الصيدلية () إيصال إلى المنزل () إيصال عن طريق البريد ()

العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ zip code _____

معلومات التأمين الصحي

الرجاء تزويدنا بنسخة عن بطاقة التأمين الصحي.

معلومات للاتصال في حالة الطوارئ

الكنية _____ الإسم الأول _____

درجة القرابة _____ هاتف المنزل _____ هاتف الخليوي _____

توكيل لإستلام الأدوية

أنا أوكل _____ لإستلام الأدوية نيابة "عني".

التوقيع _____ التاريخ _____