



Espere 72 horas para que se complete la solicitud. Llame al 303-602-2070 o al 877-357-0963 si tiene preguntas. Para solicitudes urgentes fuera del horario de atención, llame al Departamento de Atención al Cliente de MedImpact al 800-788-2949. Se deben completar todos los campos para procesar este formulario de solicitud. Escriba con letra de imprenta legible.

**Una vez completado, envíe el formulario por fax y las notas de la carta al 303-602-2081.**

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b> (Puede ser completado por el personal de farmacia si corresponde).			Fecha de inicio: 
Apellido:		Nombre:	Sexo: M F
Núm. de seguro:	Núm. de registro médico	Fecha de nacimiento: 	Núm. de teléfono: ( ) -
Medicamento:		<b>¿Se aceptan genéricos?</b>	Sí No Dosis:
Cantidad:			
Indicaciones:			
<b>Persona que emite la receta:</b>		<b>¿Proveedor del personal de DH?</b> Sí No	Núm. de fax de la clínica: ( ) -
<b>Completar en:</b> Webb Pharmacy Central Fill (envío por correo) Eastside La Casa Pharmacy Westwood Montbello Park Hill Lowry Westside Pharmacy Farmacia de Outpatient Medical Center (Centro Médico para Pacientes Ambulatorios, OMC) DH Discharge Pharmacy Peña Otros			
<b>PARTE DE LA CLÍNICA</b> (Puede ser completada por el proveedor u otra persona designada).			
<b>Nueva solicitud</b>	<b>Solicitud de renovación</b>	<b>Urgente (solo para soporte vital)**</b>	
<b>Médico a cargo de la atención</b> <b>Médico con subespecialidad</b> <b>Médico residente</b>	Localizador:	Nombre de la clínica:	
Persona de contacto:	Núm. de teléfono: ( ) -	Núm. de fax de la clínica: ( ) -	
<b>Diagnóstico del paciente:</b>			

**>> Continúa en la página 2**

**PARTE DE LA CLÍNICA** (Puede ser completada por el proveedor u otra persona designada).**¿Cuánto tiempo el paciente tomará este medicamento?****¿Se necesitará ajustar la dosis de este medicamento?**    ☐ Sí    ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué dosis?

**Presente documentación clínica para el fundamento médico/la necesidad (es decir, encuentros, laboratorio, radiología, etc.) y también indique todas las demás medicaciones que el paciente haya probado para este diagnóstico y la duración de su uso.**

**¿El paciente recibe actualmente este medicamento?**    ☐ Sí    ☐ NoEn caso afirmativo, ¿más de 30 días?    ☐ Sí    ☐ No