



WellDyneRx Mail Order Pharmacy Registration Form

Please use this form to register, add dependents, or update information.
Send completed form to WellDyneRx, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804.

INSURANCE CARDHOLDER INFORMATION

| | | | | | |
|--|------------|---|------------------------|---------|---------------|
| Last Name | | First Name | | Mid Int | Date of Birth |
| Billing Address | | City | | State | Zip Code |
| Shipping Address (<input type="checkbox"/> Same as Billing Address) | | City | | State | Zip Code |
| Home Phone | Cell Phone | Email Address (to receive information about your prescription orders) | | | |
| Group Name (Primary) | | | Group Name (Secondary) | | |
| Group ID# | Member ID# | Group ID# | Member ID# | | |

ALLERGIES AND HEALTH CONDITIONS

For your safety, WellDyneRx requires allergy and health condition information for you and your dependents before dispensing medication. Please enclose additional family member information on a separate piece of paper.

| Cardholder Information | | Dependent Information | | Dependent Information | |
|---|---|---|---|---|---|
| First & Last Name: | | First & Last Name: | | First & Last Name: | |
| | | Relationship to Cardholder: | | Relationship to Cardholder: | |
| Date of Birth: | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Date of Birth: | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Date of Birth: | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Drug Allergies | Health Conditions | Drug Allergies | Health Conditions | Drug Allergies | Health Conditions |
| <input type="checkbox"/> No Known | <input type="checkbox"/> No Known | <input type="checkbox"/> No Known | <input type="checkbox"/> No Known | <input type="checkbox"/> No Known | <input type="checkbox"/> No Known |
| <input type="checkbox"/> Amoxicillin | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Amoxicillin | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Amoxicillin | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder |
| <input type="checkbox"/> Cephalosporins | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Cephalosporins | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Cephalosporins | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Erythromycin | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Erythromycin | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Erythromycin | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> GERD/Ulcer | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> GERD/Ulcer | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> GERD/Ulcer |
| <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Heart Disease |
| <input type="checkbox"/> Tetracyclines | <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Tetracyclines | <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Tetracyclines | <input type="checkbox"/> High Cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Other*(List below) | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Other*(List below) | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Other*(List below) | <input type="checkbox"/> Hypertension |
| | <input type="checkbox"/> Liver Disease | | <input type="checkbox"/> Liver Disease | | <input type="checkbox"/> Liver Disease |
| | <input type="checkbox"/> Renal Disease | | <input type="checkbox"/> Renal Disease | | <input type="checkbox"/> Renal Disease |

*Please Specify Patient and Other Drug Allergies:

Medication Preference: WellDyneRx will substitute generic equivalent drugs for brand medications ordered if available and permitted by your doctor. A generic drug has the same effectiveness, quality, safety, and strength, as confirmed by the FDA. Please indicate your preference for brand or generic drugs. If no box is checked, WellDyneRx will substitute generic drugs.

- Substitute generic drugs if available and permitted by my doctor.
- I want to receive brand medications only. I understand that brand medications may be more expensive.

Signature _____ Date _____



Formulario de inscripción en el servicio de farmacia por correo de WellDyneRx

Use este formulario para inscribirse, agregar dependientes o actualizar su información. Envíe el formulario completo a WellDyneRx, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA DE SEGURO

| | | | |
|---|-----------------|--|---------------------|
| Apellido(s) | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento |
| Dirección de facturación | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección de envío (<input type="checkbox"/> La misma que la de facturación) | Ciudad | Estado | Código postal |
| Tel. en casa | Tel. celular | Correo electrónico (para recibir información sobre sus pedidos de recetas) | |
| Nombre del grupo (primario) | | Nombre del grupo (secundario) | |
| Id. del grupo | Id. del miembro | Id. del grupo | Id. del miembro |

ALERGIAS Y CONDICIONES DE SALUD

Para su seguridad, WellDyneRx debe contar con la información sobre sus alergias y condiciones de salud y las de sus dependientes antes de dispensar los medicamentos. Incluya la información para otros miembros de su familia en una hoja aparte.

| Información del titular de la tarjeta | | Información del dependiente | | Información del dependiente | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre y apellido(s) | | Nombre y apellido(s) | | Nombre y apellido(s) | |
| Relación con el titular de la tarjeta | | Relación con el titular de la tarjeta | | Relación con el titular de la tarjeta | |
| Fec. nac. | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fec. nac. | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fec. nac. | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Alergias a fármacos | Condiciones de salud | Alergias a fármacos | Condiciones de salud | Alergias a fármacos | Condiciones de salud |
| <input type="checkbox"/> Ninguna conocida | <input type="checkbox"/> Ninguna conocida | <input type="checkbox"/> Ninguna conocida | <input type="checkbox"/> Ninguna conocida | <input type="checkbox"/> Ninguna conocida | <input type="checkbox"/> Ninguna conocida |
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Amoxicilina | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Amoxicilina | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Cefaloesporinas | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD) | <input type="checkbox"/> Cefaloesporinas | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD) | <input type="checkbox"/> Cefaloesporinas | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD) |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> GERD/Úlceras | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> GERD/Úlceras | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> GERD/Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclinas | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Tetraciclinas | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Tetraciclinas | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)* | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)* | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)* | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |

*Indique el nombre del paciente y las otras alergias a fármacos que tiene.

Preferencias sobre los medicamentos: WellDyneRx sustituirá los medicamentos de marca por un medicamento genérico equivalente aprobado por la FDA, siempre que esté disponible y su médico lo permita. Tal como lo confirma la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), los medicamentos genéricos tienen exactamente las mismas propiedades de eficacia, calidad, seguridad y concentración. Indique si prefiere medicamentos de marca o genéricos. Si no marca una casilla, WellDyneRx le enviará medicamentos genéricos.

- Envíenme medicamentos genéricos, si están disponibles y si mi médico lo permite.
- Solo deseo recibir medicamentos de marca. Entiendo que los medicamentos de marca pueden ser más costosos..

Firma _____ Fecha _____