APLICACION PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE CENTRO MEDICO DEL CONDADO DE VENTURA

ESTA APLICACION DEBE ACOMPANAR LA ORDEN DE MEDICAMENTO

NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
NUMERO DE SEGURO SOCIAL O VISA DE RESIDENCIA:
NUMERO DE EXPEDIENTE MEDICO:
SEXO (CIRCULE): MASCULINO O FEMENINO
ESTADO CIVIL (CIRCULE): SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO
DIRECCION:CIUDAD:CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO: CASA:TRABAJO:CELULAR:
NUMERO DE PERSONAS EN CASA (INCLUYENDOSE USTED):
ESTA EMPLEADO O DESEMPLEADO? (CIRCULE)
ANOTE SU PESO (EN LIBRAS)
INGRESO MENSUAL DEL HOGAR: SALARIOS \$ INCAPACIDAD \$ SEGURO SOCIAL \$ PENSION \$ DESEMPLEO \$ MANUTENCION DE MENORES \$ OTROS (ESPECIFIQUE) \$ TOTAL \$
NOMBRE DEL MEDICO:
NOMBRE DE LA CLINICA:
ALERGIAS A MEDICAMENTOS:
OSOTROS VAMOS A SOLICITAR SU MEDICAMENTO POR MEDIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PACIENTE DE LAS COMPANIAS FARMACEUTICAS. EL PROCESO DURA DE 4 O 6 SEMANAS. SI SU PLICACION ES APROBADA, RECIBIREMOS SU MEDICAMENTO. SI SE NECESITA OTRA FORMACION, SE LE NOTIFICARA. NO TODAS LAS MEDICINAS ESTAN DISPONIBLES EN ESTE COGRAMA.
INFORMACION PROVEIDA ES VERDADERA Y <u>AUTORIZO REVELAR ESTA INFORMACION</u> AL OGRAMA DE COMPANIAS FARMACEUTICAS SI ES NECESARIO.

FIRMA: _____ FECHA: _____