Special Care
PHARMACY SERVICES

Attn: _____

1210 Ave. Américo Miranda
Reparto Metropolitano
San Juan, P.R. 00921

Tel. (787)783-8579
Fax. (787) 783-2951
rxmail@scpspr.com

Solicitud de Referido para Pacientes

Información General del Paciente		
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Género: ☐ F ☐ M	
	Peso:	Estatura:
Teléfono: Celular:	Alergias:	
Información General del Médico		
Nombre del Médico:	Teléfono:	Fax:
Dirección (Facilidad de trabajo):	Correo electrónico:	
	Persona contacto:	
Diagnóstico		
Diagnostico Primario:	Código ICD-10:	
Tratamientos Previos:		

Receta (Nombre del Medicamento, presentación, dosis, indicaciones de uso, cantidad)

R_x **Fecha:** _____

Repetir por 1

Firma del Médico: _____

Licencia estatal: _____ NPI: _____ DEA: _____

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: La información incluida en esta transmisión contiene información perteneciente a Special Care Pharmacy Services (SCPS). La misma es privilegiada y/o confidencial. Esta información es para uso exclusivo del destinatario. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a utilizar, distribuir o fotocopiar. Favor de notificar inmediatamente a SCPS por teléfono al (787) 783-8579 y destruya todas las copias de este documento y cualquier anejo incluido.