

**Información sobre el miembro: use solo tinta negra o azul y
LETRA MAYÚSCULA**

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Identificación de miembro		Nombre del plan	
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cantidad de recetas nuevas	Número de grupo
Teléfono móvil (incluir código de área)*		<input type="checkbox"/> Establecer como número de teléfono preferido	
Teléfono fijo (incluir código de área)*		<input type="checkbox"/> Establecer como número de teléfono preferido	
Dirección de envío 1		<input type="checkbox"/> Usar esta dirección solo para este pedido	
Dirección de facturación 1		<input type="checkbox"/> Marcar si es igual que la dirección de envío	
Dirección de envío 2		Dirección de facturación 2	
Ciudad	Estado	Código postal	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico (usado para actualizaciones sobre estado de los pedidos)			



Cómo contactarme

Quiero recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos automáticos como ayuda para administrar mis medicamentos.

Mi método preferido para recibir avisos es:

Llamada telefónica automática*

Mensaje de texto* Correo electrónico**

*Cuando proporciona estos números, tenemos permiso para comunicarnos con usted a dichos números por cuestiones relacionadas con su cuenta Birdi™. Su consentimiento nos permite usar mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados y tecnología de marcado automático para llamadas informativas sobre servicios, pero no para llamadas de telemarketing o ventas. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Puede cambiar estas preferencias o dar de baja su suscripción en cualquier momento si inicia sesión en www.medimpact.com.

**Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted (1) nos autoriza a enviarle comunicaciones por correo electrónico sobre su cuenta Birdi™ o sus medicamentos que pueden contener información de salud protegida, y (2) reconoce y acepta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras y existe el riesgo de que sean interceptadas o vistas por partes no autorizadas.

Información de salud

Alergias

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sulfamida |
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina/ampicilina | <input type="checkbox"/> Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Maní | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cefalosporinas | <input type="checkbox"/> Penicilina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Quinolonas | _____ |

Afecciones de salud

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |

Lista de medicamentos

Enumere todos los medicamentos con receta y de venta libre que toma actualmente.

Información de pago: no envíe dinero en efectivo

Para un servicio más rápido, pague con tarjeta de crédito o débito. Aceptamos VISA®, Mastercard®, Discover® o American Express®. Si necesita pagar por medio de cheque o giro postal, llame para hablar con un representante.

Apellido del titular de la tarjeta	Nombre del titular de la tarjeta
------------------------------------	----------------------------------

Cargar mi método de pago en el archivo (clientes recurrentes) Cargar mi NUEVA tarjeta de crédito: <input type="checkbox"/> Visa® <input type="checkbox"/> Mastercard® <input type="checkbox"/> Discover® <input type="checkbox"/> American Express®	Enviar entrega rápida (Sumar \$25 al monto de mi receta)
---	---

Número de tarjeta de crédito	Fecha de vencimiento	Código de seguridad
------------------------------	----------------------	---------------------

El envío estándar es gratuito. El envío de su pedido puede demorar hasta 10 días desde la fecha en que recibamos el pedido. Puede elegir el envío rápido por \$25 adicionales marcando la casilla de arriba. Los pedidos con envío rápido solo se pueden enviar a una dirección postal, no a un apartado de correos. Los pedidos se procesan y envían en un plazo de 5 días hábiles desde la recepción de la receta.

Autorizo a **Birdi™** a cargar a mi tarjeta de crédito cualquier copago, coseguro, deducible u otro monto adeudado relacionado con mis recetas, incluidos los cargos de envío rápido aplicables.

<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha
Firma del titular de la tarjeta	

Marque esta casilla si NO desea que usemos este método de pago para pedidos futuros o saldos adeudados. Puede llamar a **Birdi™** para actualizar esta información en cualquier momento o puede actualizar sus preferencias de pago iniciando sesión en su cuenta en www.medimpact.com.



Autorizaciones

- Marque aquí para solicitar tapas de fácil apertura. La ley federal exige que su medicamento con receta se entregue en un recipiente con tapa de seguridad o a prueba de niños a menos que usted solicite lo contrario. Si desea una tapa de fácil apertura, marque la casilla.

Si envía este formulario a **Birdi™**, usted confirma que su información es correcta y que las recetas adjuntas pertenecen a participantes elegibles, y da su consentimiento para la divulgación y el uso de la información de salud del paciente al plan de salud del miembro y los proveedores/agentes de atención médica para la administración de los beneficios médicos. El uso o la divulgación que **Birdi™** haga de la información de salud identificable e individual, ya sea que usted la haya proporcionado o que se haya obtenido de otras fuentes, como proveedores médicos, será de conformidad con las regulaciones de privacidad federales según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

X	Fecha

Firma	

Envíe por correo postal este formulario de pedido completo, junto con su receta y su información de pago, a:

Birdi™, PO Box 8004, Novi, MI 48376-8004

Pídale a su médico que envíe su receta de forma electrónica a **Birdi™** o que nos la envíe por fax al: 1-888-783-1773.

** Tenga en cuenta que solo podemos aceptar recetas electrónicas y mensajes de fax de su proveedor de atención médica.

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. H3706_9961025_C