



# Solicitud de Programas de Asistencia con Medicamentos

## INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD - POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Apellido                      Primer Nombre                      Client I.D.                      Hombre o Mujer

Dirección : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Debe ser una dirección)                      Teléfono                      Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Ciudad                      Condado                      Estado                      Postal

Actualmente vivo en Florida.                      \_\_\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No

Tengo diabetes y necesito insulina. (Prescripción adjunta)                      \_\_\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No

Tengo epilepsia y necesito medicación. (Prescripción adjunta)                      \_\_\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No

No tengo Medicaid ni seguro de salud que cubra los medicamentos recetados medicamentos, o tengo un copago o deducible del seguro que no puedo pagar.                      \_\_\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No

Mi ingreso familiar neto anual es \$ \_\_\_\_\_

Hay \_\_\_\_\_ personas en mi familia.

Mis bienes, aparte de mi vivienda, están por debajo de \$2,500.                      \_\_\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No

## MEDICAL INFORMATION

¿Tienes alguna alergia o reacción a medicamentos conocida?                      \_\_\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No  
 If yes, please name the drug(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Utiliza algún dispositivo médico para administrar o controlar sus afecciones médicas?                      \_\_\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No  
 En caso afirmativo, nombre el dispositivo médico(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos recetados que está tomando ahora y que no se recibieron de Central Pharmacy:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos de venta libre que está tomando actualmente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verifique si tiene alguna de las condiciones de salud que se enumeran a continuación:

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastornos de la	
<input type="checkbox"/> Afección cardíaca	coagulación de la sangre	

Reconozco que toda la información proporcionada por mí es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si tengo un cambio en los ingresos o activos, debo informar ese cambio al departamento de salud del condado (CHD) dentro de los 90 días posteriores a ese cambio. Entiendo que el CHD puede verificar la información de ingresos que proporciono. Entiendo que cualquier declaración intencional falsa o engañosa de mi parte puede ser acusada como un delito menor de segundo grado y resultará en mi pérdida de elegibilidad para este programa.

Por favor, envíe mi receta por correo a: \_\_\_\_\_ La dirección de mi casa arriba o \_\_\_\_\_ a el CHD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**