



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