



# New home delivery prescription order form

## Formulario de pedido de envío a domicilio para nuevas recetas

### 1. Member and physician information — please use black or blue ink. One form per member. Información sobre el miembro y el médico — use tinta negra o azul. Un formulario por miembro.

Member ID number/Número de identificación del miembro		(Additional coverage, if applicable) Secondary member ID number / (Cobertura adicional, si corresponde) N.º de identificación del miembro secundario	
Last name/APELLIDO		First name/NOMBRE	MI/Inicial del 2.º nombre
Delivery address/Dirección de entrega			Apt. #/N.º de Apt.
City/Ciudad	State/Estado	ZIP code/Código postal	Phone number with area code/Número de teléfono con código de área
Date of Birth (mm/dd/yyyy)/ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Email address/Correo electrónico	
Physician name/Nombre del médico		Physician phone number with area code / Número de teléfono del médico con código de área	

### 2. Health history/Antecedentes de salud

<b>Medication allergies / Alergias a medicamentos:</b> <input type="checkbox"/> None known/Se desconoce <input type="checkbox"/> Amoxil/Ampicillin/Amoxicilina/Ampicilina <input type="checkbox"/> Aspirin/Aspirina <input type="checkbox"/> Cephalosporins/Cefalosporinas <input type="checkbox"/> Codeine/Codeína <input type="checkbox"/> Others/Otras: _____	<input type="checkbox"/> Erythromycin/Eritromicina <input type="checkbox"/> NSAIDs/Antiinflamatorios No Esteroideos <input type="checkbox"/> Penicillin/Penicilina <input type="checkbox"/> Quinolones/Quinolonas <input type="checkbox"/> Sulfa/Sulfamidas <input type="checkbox"/> Tetracyclines/Tetraciclinas
<b>Health conditions / Condiciones de salud:</b> <input type="checkbox"/> None known/Se desconoce <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis <input type="checkbox"/> Asthma/Asma <input type="checkbox"/> Cancer/Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes <input type="checkbox"/> Others/Otras: _____	<input type="checkbox"/> Glaucoma/Glaucoma <input type="checkbox"/> Heart condition/Condición cardíaca <input type="checkbox"/> High blood pressure/Presión arterial alta <input type="checkbox"/> High cholesterol/Colesterol alto <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteoporosis <input type="checkbox"/> Thyroid disease/Enfermedad tiroidea

Y0055\_MPC062344\_NSR\_C\_12132023

Medicaid #6081

continued on other side/continúa del otro lado



Such services are funded in part with the State of New Mexico. / Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.

Based on a Model of Care review, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) has been approved by the National Committee for Quality Assurance (NCQA) to operate a Special Needs Plan (SNP) through 2025. / Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2025.

Presbyterian exists to ensure all of the patients, members and communities we serve can achieve their best health. / Presbyterian existe para asegurar que todos los pacientes, los asegurados y las comunidades que servimos logren la mejor salud.

Presbyterian complies with civil rights laws and does not discriminate on the basis of protected status including but not limited to race, color, national origin, age, disability, or sexual orientation or gender expression. If you need language assistance, services are available at no cost. Call (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711). / Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódílnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

For more information, visit / Para más información, visite <https://www.phs.org/nondiscrimination>.