Formulario de conciliación de medicamentos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Nombre del médico de atención primaria (médico): _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia minorista (farmacia): _____ Teléfono: _____

Alergias o reacciones adversas: _____

Medicamentos	Frecuencia, vía	Indicación	Comentarios	Médico que emite la receta

¿Tiene preguntas?

Si el miembro tiene preguntas, indíquele que llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

United Healthcare

PCA-2-22-03060-C&S-WEB_10252022
© 2022 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.