



Formulario de inscripción del paciente

Form with fields: Nombre (Imprima), Sexo, Fecha de nacimiento, Domicillio, Número telefónico, Ciudad, Estado, Código Postal

¿Usted es residente actual del estado de Iowa? Si No
NO tengo cobertura de seguro para recetas médicas. Si No
Yo entiendo que la receta médica recibida ha sido donada. Si No
Yo renuncio mi derecho a protección bajo la Ley de envasado para la prevención del envenenamiento. Si No

Firma del Solicitante o Representante

Fecha

Con mi firma, certifico que toda la información en este formulario es correcta y completa. Yo entiendo que la SafeNetRx puede contactarme en el futuro para verificar esta información. Si la información que he suministrado es incompleta o incorrecta, y yo no puedo satisfacer los requerimientos elegibilidad, cualquier servicio que yo solicito puede ser negado.

Además, yo entiendo que la farmacia, farmacéutico, clinica, fabricante y otros involucrados con este programa no pueden ser responsables de problemas con este medicamento que ha sido aceptado como donación y dispensado de buena fe.

Table with 2 columns: # de individuos en el hogar, Ingresos. Rows include 1-8 individuals and a note for families with more than 8 persons.

Privacy Policy

SafeNetRx tomará todos los pasos apropiados para mantener confidencial cualquier información personal que usted comparte con nosotros. SafeNetRx no venderá, rentará, o regalará cualquier información que obtenmos será utilizada para mejorar nuestra relacion con nuestros miembros. Si tiene preguntas acerca de esta politica de privacidad, puede contactarnos al info@safetnetrx.org o llamar sin costo al 1-866-282-5817 M-F 8:00a.m. a 4:30p.m. Hora Central.

Mi ingreso familiar es igual a o por debajo de los niveles arriba mencionados Si No