



---

## NOTAS PARA LA FARMACIA

---

### LEA Y FIRME ESTE AVISO PARA CONFIRMAR LA ORDEN

Certifico que la información incluida en este formulario es correcta y autorizo que PraxisRx Pharmacy divulgue información sobre antecedentes médicos, tratamiento y antecedentes de medicamentos de venta con receta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para rechazar medicamentos genéricos, marque esta casilla (  ) E incluya su firma y la fecha.

PraxisRx Pharmacy sustituye los medicamentos genéricos cuando son equivalentes en términos médicos al medicamento de marca recetado por el médico. Firme y feche la declaración de abajo si NO quiere recibir productos genéricos.

«Entiendo que tengo derecho a rechazar medicamentos genéricos. Entiendo que esto puede generarme un costo elevado, que soy responsable del pago y que los medicamentos no tienen devolución. Cuando mi médico me recete un medicamento de marca, quiero recibir únicamente el medicamento de marca y acepto las condiciones».

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_