



# Formulario de Aprobación del Paciente de ScriptTalk

## Personal de farmacia:

Complete el formulario y envíelo por fax a En-Vision America, 309-398-4948 o correo electrónico a [patientcare@envisionamerica.com](mailto:patientcare@envisionamerica.com). En-Vision America proporcionará un lector de recetas para el paciente al recibir el formulario.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Por Favor Circule Uno:**

Unidad en Inglés

Unidad en Español

### INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

Contacto Primario: \_\_\_\_\_

Verifico que \_\_\_\_\_ es un paciente confirmado con recetas actuales para ser surtidas y participará en el programa ScriptTalk en esta farmacia. Por favor envíe un lector de etiquetas parlantes para este paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a En-Vision America al **1-800-890-1180**.

Descargue este formulario: [scriptability.com/scriptability-patient-approval-form](http://scriptability.com/scriptability-patient-approval-form)



**En-Vision  
AMERICA™**

825 4th Street W. • Palmetto, FL. 34221 • [www.scriptability.com](http://www.scriptability.com)