



Mail Order Pharmacy Registration Form

Please use this form to register, add dependents, or update information. Send completed form to WellDyne, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804.

Insurance Cardholder Information

Last Name		First Name		Mid Initial	Date of Birth
Billing Address			City	State	Zip Code
Shipping Address (Same as Billing Address)			City	State	Zip Code
Home Phone	Cell Phone	Email Address (to receive information about your prescription orders)			
Group Name (Primary)			Group Name (Secondary)		
Group ID#	Member ID#	Group ID#	Member ID#		

Allergies and Health Conditions

For your safety, WellDyne requires allergy and health condition information for you and your dependents before dispensing medication. Please enclose additional family member information on a separate piece of paper.

Cardholder Information			Dependent Information			Dependent Information		
First and Last Name:			First and Last Name:			First and Last Name:		
Date of Birth:			Date of Birth:			Date of Birth:		
Male	Female		Male	Female		Male	Female	
Relationship to Cardholder:			Relationship to Cardholder:			Relationship to Cardholder:		
Drug Allergies	Health Conditions		Drug Allergies	Health Conditions		Drug Allergies	Health Conditions	
No Known	No Known		No Known	No Known		No Known	No Known	
Amoxicillin	Asthma		Amoxicillin	Asthma		Amoxicillin	Asthma	
Aspirin	Bleeding Disorder		Aspirin	Bleeding Disorder		Aspirin	Bleeding Disorder	
Cephalosporins	COPD		Cephalosporins	COPD		Cephalosporins	COPD	
Codeine	Depression		Codeine	Depression		Codeine	Depression	
Erythromycin	Diabetes		Erythromycin	Diabetes		Erythromycin	Diabetes	
Penicillin	GERD/Ulcer		Penicillin	GERD/Ulcer		Penicillin	GERD/Ulcer	
Sulfa	Heart Disease		Sulfa	Heart Disease		Sulfa	Heart Disease	
Tetracyclines	High Cholesterol		Tetracyclines	High Cholesterol		Tetracyclines	High Cholesterol	
Other* (List below)	Hypertension		Other* (List below)	Hypertension		Other* (List below)	Hypertension	
	Liver Disease			Liver Disease			Liver Disease	
	Renal Disease			Renal Disease			Renal Disease	

*Please specify patient and other drug allergies:

Medication Preference: WellDyne will substitute generic equivalent drugs for brand medications ordered if available and permitted by your doctor. A generic drug has the same effectiveness, quality, safety, and strength, as confirmed by the FDA.

Please indicate your preference for brand or generic drugs. If no box is checked, WellDyne will substitute generic drugs.

Substitute generic drugs if available and permitted by my doctor.

I want to receive brand medications only. I understand that brand medications may be more expensive.

Signature	Date
-----------	------

Use este formulario para inscribirse, agregar dependientes o actualizar su información. Envíe el formulario completo a WellDyne, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804.

Información del Titular de la Tarjeta De Seguro

Apellido(s)		Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección de facturación			Ciudad	Estado	Código postal
Shipping Address (Same as Billing Address)			Ciudad	Estado	Código postal
Tel. en casa	Tel. celular	Correo electrónico (para recibir información sobre sus pedidos de recetas)			
Nombre del grupo (primario)			Nombre del grupo (secundario)		
Id. del grupo	Id. del miembro	Id. del grupo	Id. del miembro		

Alergias y Condiciones De Salud

Para su seguridad, WellDyne debe contar con la información sobre sus alergias y condiciones de salud y las de sus dependientes antes de dispensar los medicamentos. Incluya la información para otros miembros de su familia en una hoja aparte.

Información del titular de la tarjeta		Información del dependiente		Información del dependiente	
Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)	
		Relación con el titular de la tarjeta		Relación con el titular de la tarjeta	
Fec. nac.	M F	Fec. nac.	M F	Fec. nac.	M F
Alergias a fármacos	Condiciones de salud	Alergias a fármacos	Condiciones de salud	Alergias a fármacos	Condiciones de salud
Ninguna conocida	Ninguna conocida	Ninguna conocida	Ninguna conocida	Ninguna conocida	Ninguna conocida
Amoxicilina	Asma	Amoxicillin	Asthma	Amoxicillin	Asthma
Aspirina	Trastorno hemorrágico	Aspirin	Bleeding Disorder	Aspirin	Bleeding Disorder
Cefaloesporinas	Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)	Cephalosporins	COPD	Cephalosporins	COPD
Codeína	Depresión	Codeine	Depression	Codeine	Depression
Eritromicina	Diabetes	Erythromycin	Diabetes	Erythromycin	Diabetes
Penicilina	GERD/Úlceras	Penicillin	GERD/Ulcer	Penicillin	GERD/Ulcer
Sulfamidas	Enfermedad cardíaca	Sulfa	Heart Disease	Sulfa	Heart Disease
Tetraciclinas	Colesterol alto	Tetracyclines	High Cholesterol	Tetracyclines	High Cholesterol
Otra (use el espacio provisto a continuación)*	Hipertensión	Other* (List below)	Hypertension	Other* (List below)	Hypertension
	Enfermedad hepática		Liver Disease		Liver Disease
	Enfermedad renal		Renal Disease		Renal Disease

*Indique el nombre del paciente y las otras alergias a fármacos que tiene.

Preferencias sobre los medicamentos: WellDyne sustituirá los medicamentos de marca por un medicamento genérico equivalente aprobado por la FDA, siempre que esté disponible y su médico lo permita. Tal como lo confirma la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), los medicamentos genéricos tienen exactamente las mismas propiedades de eficacia, calidad, seguridad y concentración. Indique si prefiere medicamentos de marca o genéricos. Si no marca una casilla, WellDyne le enviará medicamentos genéricos.

Envíenme medicamentos genéricos, si están disponibles y si mi médico lo permite.

Solo deseo recibir medicamentos de marca. Entiendo que los medicamentos de marca pueden ser más costosos.

Firma

Fecha