



REFIÉRASE A SU TARJETA DE ID PARA EL DOMICILIO CORRECTO

de ID del Empleado

No. Seguro Social del Empleado

Grid for employee ID number

Grid for employee social security number

FORMA PARA RECLAMO DE MEDICINA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EMPLEADO

Main form with fields for patient name, date of birth, employer name, address, sex, relationship, insurance coverage, and authorization.

FAVOR DE LLENAR UN FORMULARIO DISTINTO PARA CADA MIEMBRO DE FAMILIA
ADJUNTE RECIBOS INDIVIDUALES DE FARMACIA AQUÍ

Diagram showing an example receipt with labels for fields like 'NOMBRE Y DOMICILIO DE FARMACIA', 'NOMBRE DEL PACIENTE', 'NOMBRE DE LA MEDICINA', 'CÓDIGO NACIONAL DE LA MEDICINA', 'DOCTOR RECETANTE', 'FECHA LLENADA', 'CANTIDAD O DÍAS PROVISTAS', and 'PRECIO'.