



PHARMACY PREFERENCE/FARMACIA PREFERIDA

NAME/NOMBRE: _____ DOB/FDN: ___/___/___ DATE/FECHA: ___/___/202___

PARENT/GUARDIAN*PADRES/GUARDIAN: _____

PHARMACY NAME/NOBRE DE LA FARMACIA: _____

PHARMACY ADDRESS-COMLETE/DIRECCION-COMPLETA: _____

CITY/CIUDAD: _____ ZIP CODE: _____ PHONE/TELEFONO: (____) _____ - _____

CONSENT PCG TO OBTAINING A HISTORY OF MY MEDICATIONS PURCHASED AT ALL PHARMACIES / YO
AUTORIZO EN OBTENER UN HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DE MI HIJO(A) COMPRADOS EN TODAS LAS FARMACIAS.

___ YES/SI ___ NO/NO

SIGNATURE/FIRMA: _____