

# Banner Family Pharmacy Patient Information Form



**First Name**  **Last Name**  **Date of Birth** (MM/DD/YYYY)  **Gender**  Male  Female  
**Address**  **City**  **State**  **Zip Code**  **Child-Resistant Caps**  Yes  No  
**Phone**  **Mobile Phone** (required if Mesa Corp Employee)  **Email** (required if Mesa Corp Employee)

**Drug Allergies**  
 None  Codeine  Iodine  Other / Include Reactions  
 Aspirin  Demerol  Morphine  
 Cephalosporins  Erythromycin  Penicillin  
 Cipro  Ibuprofen  Sulfa

**Medical Conditions**  
 None  Cancer  Heart Disease  Migraine  Other  
 Anemia  Depression  High Blood Pressure  Pregnancy  
 Arthritis  Diabetes  Kidney Problems  Thyroid Disease  
 Asthma  Emphysema  Liver Disease  
 Blood Clot  Glaucoma  Lung Disease

Prescription Number	Medication	Dose	Pharmacy	Pharmacy Phone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Non-Prescription Medications**  
 Alcohol  Cold Medication  Ibuprofen  Tobacco  Other  
 Allergy  Cough Syrup  Laxatives  Tylenol  
 Antacids  Diet Aids  Sleep Aids  Vitamins  
 Aspirin

**Acknowledgements**  
 I acknowledge I have received the Notice of Privacy Policy. I authorize the release of my medical records to my health plan, insurance company, Medicare or Medicaid, as applicable, for payment purposes. I request that the above parties make payment as applicable. I understand that I am responsible for payment of service, including co-pays and deductibles, not covered by my health plan, insurance company, Medicaid, or Medicare. By signing below I confirm that I understand and consent to the assignment of benefits, payment responsibilities and disclosures above.

**Patient Name**  **Signature**  **Relationship**  **Date** (MM/DD/YYYY)



To find your nearest pharmacy and the fax number to send this form, visit: [www.BannerHealth.com/pharmacy](http://www.BannerHealth.com/pharmacy)

# Farmacia Familiar de Banner - Información del paciente



<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)</b>	<b>Sexo</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Teléfono</b>	<b>Celular</b> (obligatorio si es empleado de Mesa Corp)	<b>Email</b> (obligatorio si es empleado de Mesa Corp)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Alergias a medicamentos

<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Codeína	<input type="radio"/> Yodo	<input type="radio"/> Otros / Incluya la reacción
<input type="radio"/> Aspirina	<input type="radio"/> Petidina (Demerol)	<input type="radio"/> Morfina	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cefalosporinas	<input type="radio"/> Eritromicina	<input type="radio"/> Penicilina	
<input type="radio"/> Ciprofloxacina	<input type="radio"/> Ibuprofeno	<input type="radio"/> Sulfamidas	

## Padecimientos

<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Cardiopatía	<input type="radio"/> Migraña	<input type="radio"/> Otros
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Embarazo	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedades renales	<input type="radio"/> Enfermedades de la tiroides	
<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Enfisema	<input type="radio"/> Enfermedades hepáticas		
<input type="radio"/> Coágulo sanguíneo	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Enfermedades pulmonares		

Número de receta	Medicamento	Dosis	Farmacia	Teléfono de la farmacia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Medicamentos de venta sin receta

<input type="radio"/> Alcohol	<input type="radio"/> Para el resfriado	<input type="radio"/> Ibuprofeno	<input type="radio"/> Tabaco	<input type="radio"/> Otros
<input type="radio"/> Para las alergias	<input type="radio"/> Jarabe para la tos	<input type="radio"/> Laxantes	<input type="radio"/> Acetaminofén	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Antiácidos	<input type="radio"/> Pastillas para adelgazar	<input type="radio"/> Somníferos	<input type="radio"/> Vitaminas	
<input type="radio"/> Aspirina				

## Reconocimientos

Reconozco que recibí una copia de la Notificación de Política de Privacidad. Autorizo la divulgación de mi expediente médico a mi plan de salud, a la compañía de seguros, a Medicare o Medicaid, como sea pertinente para procesar los pagos. Solicito que las partes antes mencionadas hagan los pagos pertinentes. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios, incluidos los copagos y deducibles, que no estén cubiertos por mi plan de salud, mi compañía de seguros, o por Medicare o Medicaid.

Con mi firma al calce confirmo que entiendo y autorizo a que se asignen los beneficios, pagos, responsabilidades y divulgaciones anteriores.

<b>Nombre del paciente</b>	<b>Firma</b>	<b>Relación</b>	<b>Fecha (MM/DD/AAAA)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Para encontrar la farmacia más cercana y el número de fax a donde puede enviar este formulario, vaya al sitio: [www.BannerHealth.com/pharmacy](http://www.BannerHealth.com/pharmacy)