

New form: \_\_\_ Renewal: \_\_\_ Written Consent Expiration Date (1 year from consent date) \_\_\_\_\_



OCH Pharmacy  
1500 21st Street Bldg B  
Sacramento, CA 95811  
916-914-6256

**Automatic Refill Program Enrollment Form**

I hereby authorize **One Community Health Pharmacy** to automatically refill prescription(s) listed on this form.

It is my responsibility to notify Pharmacy of any changes in mailing address, drug, dose, or refill schedule to prevent any unnecessary fills.

It is my responsibility to contact Pharmacy by phone if I wish to discontinue automatic refills entirely or only a single medication. **I understand that controlled medications may NOT be auto filled.** Prescriptions may not be returned once they have left the pharmacy.

Automatic refill enrollment will expire after 1 year and a new form will be required to renew enrollment.

Please retain a copy of this notice for your records.

Print Name (legal name):	DOB:
Address:	Phone Number:
Medications for Automatic Refill: 1. 2. 3. 4. 5.	Medications for Automatic Refill (continued): 6. 7. 8. 9. 10.

Name \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Please present this completed consent form to OCH Pharmacy:

---

FOR PHARMACY USE ONLY:                      Initials \_\_\_\_\_ Date Received \_\_\_\_\_

File in AUTOMATIC REFILL Binder by last name

Document as a comment in patient profile each prescription added to the Auto Refill Program



Nueva formulario: \_\_\_\_\_

Renovación: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento del consentimiento por escrito (1 año a partir de la fecha del consentimiento) \_\_\_\_\_

OCH Pharmacy

1500 21st Street Bldg B

Sacramento, CA 95811

916-914-6256

**Formulario de inscripción al programa de recarga automática**

Por la presente, autorizo a One Community Health Pharmacy a reabastecer automáticamente las recetas que figuran en este formulario.

Es mi responsabilidad notificar a la Farmacia de cualquier cambio en la dirección postal, el medicamento, la dosis o el cronograma de reabastecimiento para evitar reabastecimientos innecesarios.

Es mi responsabilidad comunicarme con la Farmacia por teléfono si deseo discontinuar las recargas automáticas por completo o solo un medicamento. **Entiendo que los medicamentos controlados NO se pueden surtir automáticamente.** Las recetas no podrán devolverse una vez que hayan salido de la farmacia.

La inscripción de recarga automática caducará después de 1 año y se requerirá un nuevo formulario para renovar la inscripción.

Conserve una copia de este aviso para sus archivos.

Nombre en letra de imprenta (nombre legal):	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Número de teléfono:
Medicamentos para recarga automática: 1. 2. 3. 4. 5.	Medicamentos para recarga automática (continuación): 6. 7. 8. 9. 10.

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Presente este formulario de consentimiento completo a la Farmacia OCH:

SOLO PARA USO DE LA FARMACIA:

Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Archivar en Carpeta de RECARGA AUTOMÁTICA por apellido  
Documento como un comentario en el perfil del paciente cada receta  
agregada al Programa de recarga automática