

Cliente / Productor *Escriba en letra de imprenta*

Nombre / Nombre de la granja _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

País _____

Teléfono () _____

Fax () _____

Nombre del paciente _____

Firma del cliente /productor _____

Fecha _____

Veterinario *Escriba en letra de imprenta*

N.º de matrícula estatal vigente _____

Nombre del veterinario _____

Nombre de la clínica _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

País _____

Teléfono () _____

Fax () _____

Firma del veterinario _____

Fecha _____

Marcar una sola opción:

- Equivalente genérico permitido
- Suministrar como aparece escrito (sólo marca registrada)

Marque qué medicamentos puede comprar el cliente o productor; sin límite de repeticiones de receta.

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acepromacina | <input type="checkbox"/> Gentamicina |
| <input type="checkbox"/> Baytril | <input type="checkbox"/> Lidocaína |
| <input type="checkbox"/> Banamina inyectable | <input type="checkbox"/> Lutalyse |
| <input type="checkbox"/> Chorulon | <input type="checkbox"/> MU-SE |
| <input type="checkbox"/> Cystorelin | <input type="checkbox"/> Nuflor |
| <input type="checkbox"/> Estrumate | <input type="checkbox"/> OvaCyst |
| <input type="checkbox"/> Excenel | <input type="checkbox"/> Ovagen |
| <input type="checkbox"/> Factrel | <input type="checkbox"/> Oxitocina |
| <input type="checkbox"/> Fertagyl | <input type="checkbox"/> Pluset |
| <input type="checkbox"/> Flunixinamine | <input type="checkbox"/> Prostamate |
| <input type="checkbox"/> Folltropin | <input type="checkbox"/> Regu-Mate |

PARA USO ADMINISTRATIVO

La clínica se contactó el _____

¿Se verificó la receta? Sí No _____

¿Quién la verificó? _____

Dejó un mensaje; espera que le devuelvan la llamada _____

El Consejo Estatal de Veterinarios se contactó el _____

¿Se verificó la matrícula? Sí No _____

¿Quién la verificó? _____

La receta expira el _____

Lea atentamente las siguientes instrucciones para evitar retrasos en la tramitación de su formulario de recetas y pedidos.

Cliente /productor: Si usted no es veterinario, necesita la ayuda de un veterinario matriculado para completar y enviar por correo electrónico este formulario original a AGTECH antes de hacer el pedido. Deberá completar, firmar y fechar la información solicitada en la sección destinada al cliente.

Veterinarios: Los veterinarios que comprenden medicamentos recetados deben enviar por correo electrónico este formulario original a AGTECH antes de hacer el pedido. Deben proporcionar el número de matrícula, el nombre, la dirección, el teléfono, la firma y la fecha para que este formulario sea válido. Si completa este formulario para un cliente, debe proporcionar la información solicitada en la sección destinada al veterinario y marcar los medicamentos que el cliente tiene permitido comprar.

La siguiente reglamentación se aplica a todos los clientes que quieran comprar productos farmacéuticos recetados.

- La ley federal de los EE.UU. restringe la compra de medicamentos recetados (los que aparecen seguidos de "Rx" [receta] en este catálogo) a veterinarios matriculados o a personas con pedido por escrito firmado por un veterinario matriculado.
- La ley federal de los EE.UU. exige que la información que aparece en la receta sea verificada antes de realizar el envío de un producto farmacéutico recetado.
- Deberá esperar 24 horas para que la información pueda ser verificada.
- Se iniciarán acciones legales inmediatas ante la presencia de información falsa o tergiversada.
- Las recetas tienen vigencia durante 12 meses, sin límite de repeticiones