CANADIAN PHARMACY CHOICE

PATIENT PROFILE FORM

PATIENT INFORMATION:

Name: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Gender: | Male | Female | Date of Birth: | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

DRUG ALLERGIES AND/OR MEDICAL CONDITIONS:

CURRENT MEDICATIONS:
(prescription and over-the-counter)

SHIPPING / MEMBER INFORMATION:

Name: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(If not Patient)

Address: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

City: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| State: |_|_| Zip:|_|_|_|_|_|

Day Phone: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_| Evening Phone: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|

Cell Phone: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_| Fax: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|

Email: _____

PHYSICIAN INFORMATION:

Name: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Office Address: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

City: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| State: |_|_| Zip:|_|_|_|_|_|

Day Phone: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_| Evening Phone: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|

Cell Phone: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_| Fax: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|

Email: _____

FAMILY AND CORPORATE PLAN INFORMATION:

Register this patient under the family plan of:

Member Name: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Register this patient under the corporate plan of:

Corporation: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|