



Trinity Heritage Clinic

2204 Joe Battle Blvd. El Paso TX 79938 Tel:915-300-2276 Fax: 1-866-222-5219

Medication Refill Guidelines.

1. Refills should be asked for at the time of your scheduled appointment. Allow 3-5 working days for medication orders. Only medication prescribed by a physician/provider in our practice will be reviewed.
2. When you need a medication refill, please call your pharmacy to verify if refills are available. If they don't have any refills they will contact us. This reduces the possibility of errors being made when filling your prescription.
3. Urgently needed medication refills should be called into the office.
4. Any Rx refill messages received after 3pm will not be reviewed until the next working day.
5. Pain medication and controlled substances can only be refilled during regular office appointments.
6. If an appointment is cancelled and not rescheduled or if you do not show up for appointment, only a 30 day medication refill will be provided.
7. Antibiotics will not be prescribed over the phone. If you feel you need antibiotics, you will need to be seen.

I acknowledge understanding this medication policy.

1. Los Medicamentos deberían ser solicitados durante su visita medica. Denos de 3 a 5 días para curtir. Su receta. Recetas hechas únicamente por nuestra clínica serán revisadas o llenadas.
2. Cuando necesite repuestos de su medicamento , favor de llamar a su farmacia primero, para revisar cuantos repuestos tiene. Ellos nos llamaran a poner la orden de repuestos. Esto elimina errores en su medicamento.
3. Medicamento que necesite urgentemente debería ser llamado a nuestra oficina.
4. Cualquier recado de repuesto de medicamento que sea llamado después de las 3 será trabajado hasta el próximo día.
5. Medicamento para dolor o controlado sera llenado unicamente durante su cita medica.
6. Si se cancela una cita y no se reprograma o si no se presenta a una cita, so se proporciona un reabastecimiento de medicamentos de 30 dias.
7. No se recetarán antibióticos por teléfono. Si siente que necesita un antibiótico, debera ser atendido.

Yo entiendo la póliza de medicamento.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____