



Solicitud del Registro de Vacunas para el Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____
(print)

Historial Médico # _____

Yo _____ por este medio solicito lo siguiente:
(Paciente * y / o Representante del Paciente **)

- Para recibir una copia de la tarjeta de vacunas
- Para Soundview Medical Associates, LLC divulgar los registros de vacunación de mi hijo a _____ como exige el Estado u otra
(Nombre de la escuela)

Ley para la admisión de la escuela.

** El paciente debe tener 18 años de edad o menor.*

*** El Representante del paciente puede ser el padre, el tutor u otra persona que esté en representación del paciente. El registro de vacunas sólo puede ser revelado a la escuela como es requerido por Estado u otra ley.*

La solicitud debe ser presentada por escrito a Soundview Medical Associates, LLC en 761 Main Avenue, Norwalk, CT 06851. Si es aprobada, con la fecha acordada, una copia será enviada por correo a dicha entidad a la dirección que se indica a continuación. Se cobrará una tarifa por el record de vacunas. Si la solicitud es rechazada, se le informará al paciente o al representante del paciente y se le explicará la razón porque la solicitud fue rechazada.

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

O

Nombre de la Escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

Copia recibida de los Récor ds: _____
(Firma del paciente * y / o Representante del Paciente *) (Si los registros fueron entregados directamente al paciente)

Fecha: _____

SÓLO USO DE OFICINA

Request received by: _____ Date: _____