



FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE INMUNOTERAPIA (INYECCIONES CONTRA LA ALERGIA) *Fuera de AllerVie Health*

AllerVie Health permite que los frascos para las inyecciones contra la alergia sean transferidos a otro consultorio u oficina bajo la supervisión acordada de un médico autorizado. Firme y complete en su totalidad el siguiente formulario para transferir sus inyecciones a otro centro.

- He leído y firmado el formulario de consentimiento e instrucciones para la administración de inyecciones contra la alergia.
- Deseo que las inyecciones sean administradas en el centro médico que se indica a continuación. He confirmado que el personal está dispuesto y capacitado para proporcionar inmunoterapia contra la alergia y para reconocer y tratar reacciones adversas inmediatas o tardías que puedan resultar de la inmunoterapia. Acepto que no intentaré administrarme las inyecciones contra la alergia por mi cuenta, ni permitiré que ninguna persona que no sea un médico autorizado o que no esté bajo la supervisión de un médico autorizado me administre la inmunoterapia contra la alergia. Además, acepto notificar a este consultorio si transfiero mi atención o frascos a cualquier centro médico distinto del que designo a continuación.
- Entiendo y acepto pagar una cuota de envío y manejo de hasta **\$15.00** que no está cubierta por el seguro y que se aplicará a mi cuenta cada vez que los frascos sean enviados por correo a un centro externo.
- Entiendo que los frascos no serán transferidos a otro centro hasta que este formulario sea recibido y firmado por el médico supervisor designado a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del padre/madre o tutor (si corresponde): _____

Firma del paciente o padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

- ☐ Acepto administrar inmunoterapia para este paciente en mi consultorio. Estoy al tanto de los requisitos de almacenamiento de los frascos de inyecciones y acepto recibir y almacenar adecuadamente los frascos. Asimismo, acepto vigilar al paciente durante el tiempo de espera correspondiente después de cada inyección.

Firma del médico supervisor: _____ Fecha: _____

Nombre del médico supervisor: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y ENVIADO POR FAX A SU OFICINA LOCAL DE ALLERVIE HEALTH.
SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME A SU OFICINA LOCAL DE ALLERVIE HEALTH.**