



FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE INMUNOTERAPIA (INYECCIONES CONTRA LA ALERGIA) - DENTRO de AllerVie Health

AllerVie Health ofrece inyecciones para pacientes de todos nuestros médicos en cualquiera de nuestras convenientes ubicaciones. Los pacientes deben elegir una ubicación permanente para recibir sus inyecciones. Los frascos para la alergia requieren refrigeración constante, lo que no permite transportarlos de manera regular. Los pacientes pueden transferir sus inyecciones a otra de nuestras ubicaciones completando este formulario. Permita hasta dos semanas para que sus frascos sean transferidos. Los pacientes aún pueden continuar acudiendo con su médico habitual en la ubicación que deseen, independientemente del lugar donde reciban sus inyecciones. Visite allervie.com para consultar los horarios y las ubicaciones de las inyecciones.

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

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

Ubicación actual de AllerVie donde recibe las inyecciones: _____

Ubicación de AllerVie donde se solicita la transferencia de inyecciones: _____

☐ Entiendo y acepto los términos anteriores. He revisado los horarios de inyecciones en la nueva ubicación solicitada y deseo cambiar el lugar donde se me administran mis inyecciones para la alergia.

Firma del paciente o padre/madre o tutor: _____

Fecha: _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y ENVIADO POR FAX A SU OFICINA LOCAL DE ALLERVIE HEALTH O ENTREGADO AL TÉCNICO DE INMUNOTERAPIA EN EL LUGAR DE LA INYECCIÓN.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, CONTÁCTENOS DIRECTAMENTE EN LA UBICACIÓN MÁS CERCANA A USTED.