



FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE INYECCIONES BIOLÓGICAS - FUERA de Allervie Health

AllerVie Health permite que sus inyecciones biológicas sean transferidas 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 consentimiento para la administración de inyecciones biológicas.
- Entiendo que recibiré las inyecciones y utilizaré todos mis frascos biológicos actualmente en existencia en Allervie Health antes de transferirlos al centro indicado abajo. También entiendo que los frascos no serán transferidos hasta que este formulario sea recibido y firmado por el médico supervisor designado a continuación.
- 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 administrar inyecciones biológicas y para reconocer y tratar reacciones adversas inmediatas o tardías que puedan derivarse de las inyecciones. Acepto que no intentaré administrarme las inyecciones biológicas por mi cuenta, ni permitiré que nadie que no sea un médico autorizado, o alguien bajo la supervisión de un médico autorizado, administre mis inyecciones biológicas. Además, acepto notificar a este consultorio si transfiero mi atención o frascos a cualquier centro médico distinto del que designo a continuación.
- Entiendo que soy responsable de cambiar la dirección de envío con mi farmacia especializada a la del centro indicado abajo. También entiendo que puedo llamar a Allervie Health en cualquier momento si surgen preguntas o problemas, y que puedo regresar a este consultorio para la administración de mis inyecciones si fuera necesario.

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 las inyecciones biológicas a este paciente en mi consultorio. Estoy al tanto de los requisitos de almacenamiento del biológico y acepto recibir y almacenar adecuadamente el medicamento. Además, acepto supervisar 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.
COMUNÍQUESE CON SU OFICINA LOCAL SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA.**