



FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE INYECCIONES BIOLÓGICAS – DENTRO de AllerVie Health

AllerVie Health ofrece inyecciones biológicas para pacientes de todos nuestros médicos en cualquiera de nuestras convenientes ubicaciones. Los pacientes deben elegir una ubicación permanente para recibir sus inyecciones. Los pacientes pueden transferir sus inyecciones a otra de nuestras ubicaciones completando este formulario. Permita hasta dos semanas para que sus inyecciones sean transferidas. Los pacientes aún pueden acudir con su médico habitual en la ubicación que deseen, sin importar dónde reciban sus inyecciones. Si la ubicación donde recibe sus inyecciones es diferente a la de su consulta regular, recuerde que no podrá recibir su inyección durante su consulta regular.

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 Health donde recibe inyecciones: _____

Próxima inyección programada para: _____

Ubicación de AllerVie Health 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 biológicas. Entiendo que debo registrarme una hora antes del horario de cierre de la clínica de vacunación publicado en allervie.com.

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.
COMUNÍQUESE CON SU OFICINA LOCAL SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA.**