



## EXPRESS PEDIATRIC CARE

### Formulario de Registro de Vacunas

Los padres son responsables y **deben** proporcionar registros de vacunación previos que no estén incluidos en el Registro de vacunas de South Carolina Simons **antes** de que nuestra oficina pueda proporcionar un registro de vacunas completo y actualizado.

Marque una de las siguientes opciones:

- Tengo un registro de vacunas para mi hijo/a, que se **encuentra bien hoy** y puede recibir las vacunas.
  
- Hoy **NO** tengo un registro de vacunas para mi hijo/a y tomaré las siguientes medidas:
  - **Volveré** con el registro de vacunas.
  - Me pondré en **contacto con el centro médico que tiene el registro de vacunas de mi hijo/a** y lo enviaré por fax a Express Pediatric Care al **864-551-2424**. Yo, el padre, verificaré con la oficina anterior que hayan enviado por fax el registro de vacunación del paciente a Express Pediatric Care.
  - Me gustaría que su oficina me solicitara el registro de vacunas. Firmaré un **formulario de autorización médica**. Soy consciente de que es posible que Express Pediatric Care tarde más de **1 semana** en recibir esta información. Yo, el padre, verificaré con la oficina anterior que hayan enviado por fax el registro de vacunación del paciente a Express Pediatric Care.
  - Deseo **renunciar** a cualquier historial previo de vacunas que no esté disponible para su revisión. Solicito que mi hijo/a reciba todas las vacunas requeridas que se vencen en este momento y acepto no responsabilizar a Express Pediatric Care por ningún efecto adverso que resulte de la decisión de continuar con las vacunas hoy.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardian: \_\_\_\_\_