



# Запит на передачу даних про вакцинацію

Заповніть форму або напишіть розбірливо

Сьогоднішня дата:

ПІБ пацієнта (як зазначено у свідоцтві про народження): прізвище, ім'я, середнє ім'я, суфікс			
Стать (виберіть один варіант): чоловіча    жіноча	Раса:	Етнічна приналежність:	Дата народження (дд/мм/рррр):
Клас у школі (якщо застосовно):		Алергії:	

Фактична адреса проживання:			
Місто:	Штат:	Поштовий індекс:	Округ:

Поштова адреса (якщо інша):			
Місто:	Штат:	Поштовий індекс:	Округ:

Мова:	Номер телефону (з кодом міста):
Електронна адреса:	

Інформація про одного з батьків чи опікуна

Спорідненість із клієнтом (виберіть один варіант):    батько            мати            опікун
Ім'я (прізвище, ім'я, середнє ім'я):

**\*\*\* НАДІШЛІТЬ ДАНІ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ РАЗОМ ІЗ ЦІЄЮ ФОРМОЮ\*\*\***

- Варіант 1. Надішліть факсом за номером: 352-334-7943.
- Варіант 2. Надішліть поштою на адресу Департаменту охорони здоров'я штату Флорида (Florida Department of Health in Alachua County), ATTN: Immunizations 224 SE 24<sup>th</sup> Street, Gainesville, FL 32641
- Варіант 3. Віддайте особисто в один із наших офісів за зазначеними нижче адресами.
  - East Gainesville- 224 SE 24<sup>th</sup> Street, Gainesville FL 32641
  - Alachua Clinic- 15530 NW US HWY 441, Alachua FL 32615
  - Southwest Gainesville- 816 SW 64<sup>th</sup> Terrace, Gainesville FL 32607
- Під час подання форми переказу стягується комісія в розмірі 10,00 доларів. Для обробки переказу також потрібен дійсний робочий номер телефону.