



# Solicitud de Transferencia de Registro de Vacunas

Por favor imprima o escriba legiblemente

Fecha:

Nombre completo legal: Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre, Sufijo (como aparece en el acta de nacimiento)			
Sexo (Marque Uno): Masc. Fem.	Raza:	Origen étnico:	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)
Grado actual en la escuela:		Alergias:	

Dirección de casa:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:

Dirección de Correo (Si es diferente):			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:

Idioma:	Número de Teléfono (con código de área)
Correo electrónico:	

## Información del padre/tutor

Relación con el cliente (Marque Uno):	Padre	Madre	Guardian/Tutor
Nombre Completo (Apellido, Primero, Segundo)			

**\*\*\* ENVÍE TODOS LOS REGISTROS DE VACUNAS CON ESTE FORMULARIO \*\*\***

- Opción 1: Envíe un fax al 352-334-7943
- Opción 2: Envíe por correo al:  
Florida Department of Health in Alachua County,  
ATTN: Immunizations  
224 SE 24<sup>th</sup> Street, Gainesville, FL 32641
- Opción 3: Entrega en persona en cualquiera de nuestras tres ubicaciones
  - 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
- Se requiere un número de teléfono actual que funcione para procesar la transferencia. Una tarifa de \$10.00 es requerida al momento de la transferencia. No se debe enviar efectivo por correo. Para registros recibido por fax o por correo, se le llamara al número indicado para la recolección de pago por tarjeta de crédito o débito. Cheques personales son aceptados en persona.