

Mission:

To protect, promote and improve the health of all people in Florida through integrated state, county, and community efforts.



Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the **Healthiest State** in the Nation

Instrucciones Para Enviar Solicitudes de Registros de Inmunización

1. Complete y envíe la siguiente información al FDOH-Escambia **al menos tres semanas antes de la orientación/inscripción escolar:**
 - Copias de los registros de inmunización del hijo(a) con nombre y fecha de nacimiento en cada página.
 - **Formulario de Solicitud de Registro de Inmunización** completado.
 - Copia de una licencia de conducir válida o pasaporte del padre/madre/tutor que completa el formulario.
 - Copia de los documentos de tutela.
2. **SIEMPRE** conserve los documentos originales. Nunca entregue documentos originales.
3. La documentación de inmunización puede enviarse de cualquiera de las siguientes maneras:
 - **Opción 1 — Fax:** (850) 595-6586 — Por favor no incluya una hoja de presentación. **ATTN: Immunizations, 1295 West Fairfield Drive, Pensacola, FL 32501**
 - **Opción 2 — Entrega en persona** en nuestra ubicación principal: **1295 West Fairfield Drive, Pensacola, FL 32501**, en la **Ventana Amarilla #9**.
4. Tarifas — La tarifa de transferencia de registro es **\$20.00 por adulto o hijo(a)**. Copias del formulario Certificado 680, Historial de Inmunización (686) o Registro de Clínica (687) están incluidas en esta tarifa.
5. Todos los registros serán procesados en **5 días hábiles**. Se notificará a los padres si el historial de vacunación del niño no está completo. Los registros enviados con información del paciente **ilegible** o **incompleta** no serán procesados.
6. Los registros de inmunización no en inglés extranjeros que requieran traducción toman tiempo adicional. Permita **7–10 días hábiles** para estas transferencias.
7. Los registros de inmunización completados pueden recogerse en persona en nuestra ubicación principal--**1295 West Fairfield Drive, Pensacola, FL 32501**, en el **Departamento de Registros Médicos, Ventana 9**. No podemos enviar los registros por correo electrónico, correo postal o fax.

Formulario de Transferencia de Registro de Inmunización

Tipo de registro(s) solicitado: ☐ TRANSFERENCIA, REVISIÓN DE REGISTROS Y CERTIFICACIÓN ☐ EXENCIÓN

Fecha de Hoy: _____

Identification del Paciente:

Nombre Completo dle Paciente – COMO APARECE ENC EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (ADJUNTE UNA COPIA)

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____, PRIMIER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado Escolar: _____
M M / D D / A A A A

Género:

☐ Femenino ☐ Masculino

Idioma:

☐ Inglés ☐ Espanol _____

Raza:

☐ No-Hispano ☐ Hispano/Latino

Carrera:

☐ Negro

☐ Caucásico/Blanco

☐ Otro no Blanco

☐ Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Asiático _____

☐ Indígena Americano

Información del Paciente:

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono Principal #: (____) ____-____ Teléfono Alternativo #: (____) ____-____

Información del Padre/Madre/Tutor – SE REQUIERE COPIA DE IDENTIFICACIÓN

Padre

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____, PRIMIER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

Madre

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____, PRIMIER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

Guardián Postestad—DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS DE TUTELA LEGAL JUNTO CON EL FORMULARIO

For office use only:

☐ FAXED TO MEDICAL RECORDS

☐ WINDOW 9 / CASHIER DROP-OFF

FEE PAYMENT RECEIVED:

Initials: _____ Receipt #: _____ Payment Stamp: _____