



Solicitud de formularios

(Por favor, imprima)

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de los padres: _____

Firma De Los Padres: _____

Teléfono #: _____

Dirección: _____

Por favor, espere 72 horas para que todos los formularios se completen

Por favor, compruebe el formulario que se solicita.

No hay ningún cargo por los formularios SHOT/HEARING si lo solicitan los padres en la fecha de la visita física del niño pr bien

____ Record de Vacunas Forma 3231 | \$10

____ Formulario de audición y visión 3300 | \$10

____ Formulario de impuestos o cartas del Proveedor | \$15

____ Formularios físicos escolares o deportivos | \$15

____ Formularios FMLA | \$15

____ Kate Beckett forma | \$25

____ Otra solicitud de formulario: _____ | \$20 (aproximadamente)

El pago vence antes de recibir los registros solicitados Ga. Código Ga. § 31-33-3. Sección 31-33-3

Solo uso de la oficina:

Solicitud de fecha recibida: _____ Recibida por: _____