



855 S. 8th Street
Beaumont, Texas 77701
(P) 409-838-6568 (F) 409-838-1337
www.shorkey.org

Mision:

El Centro Shorkey se especializa en programas educativos individualizados eficaces que incluyen educación en la primera infancia y servicios terapéuticos centrados en niños con necesidades especiales.

Vision:

El Centro Shorkey, una organización sin fines de lucro, será un socio comunitario reconocido que educa y nutre a los jóvenes con necesidades especiales en un entorno educativo inclusivo.

Pediatric Services Include:

Terapia Física
Terapia del Habla
Terapia Ocupacional
Análisis De Comportamiento Aplicado (ABA)
Terapia Acuática

Dr. Robin Pearson, EdD
Director Ejecutivo





The HIPAA Privacy Rule and Electronic Health Information Exchange in a Networked Environment

SALVAGUARDIAS

Este es uno de una serie de documentos complementarios al Marco de Seguridad y Privacidad Nacional para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individualmente Identificable (Marco de Seguridad y Privacidad). Este documento de orientación brinda información sobre la regla de privacidad de HIPAA en lo que respecta al principio de salvaguardias en el marco de privacidad y seguridad.

PRINCIPIO DE SALVAGUARDAS: La información de salud identificable individualmente debe protegerse con salvaguardas administrativas, técnicas y físicas razonables para garantizar su confidencialidad, integridad y

SALVAGUARDAS Y LA REGLA DE PRIVACIDAD DE HIPAA

El Principio de Salvaguardias en el Marco de Privacidad y Seguridad enfatiza que la confianza en el intercambio electrónico de información de salud solo puede lograrse si existen salvaguardas administrativas, técnicas y físicas razonables. La regla de privacidad de HIPAA respalda el principio de salvaguardas al exigir que las entidades cubiertas implementen salvaguardas administrativas, técnicas y físicas apropiadas para proteger la privacidad de la información de salud protegida (PHI). Ver 45 C.F.R. §164.530(c). (Consulte también la regla de seguridad de HIPAA en 45 C.F.R. §§ 164.308, 164.310 y 164.312 para conocer los requisitos específicos relacionados con las medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas para la PHI electrónica).

El estándar de protección de la Regla de privacidad garantiza la privacidad de la PHI al exigir a las entidades cubiertas que protejan razonablemente la PHI de cualquier uso o divulgación intencional o no intencional que viole la Regla de privacidad. El requisito de salvaguardas, al igual que con todos los demás requisitos de la Regla de privacidad, establece protecciones para la PHI en todas sus formas: impresa, electrónica y oral. Las salvaguardas incluyen acciones y prácticas tales como asegurar ubicaciones y equipos; implementar soluciones técnicas para mitigar riesgos; y formación de la mano de obra. el cambio solo puede lograrse si existen salvaguardas administrativas, técnicas y físicas razonables. La regla de privacidad de HIPAA respalda el principio de salvaguardas al exigir que las entidades cubiertas implementen salvaguardas administrativas, técnicas y físicas apropiadas para proteger la privacidad de la información de salud protegida (PHI). Ver 45 C.F.R. §164.530(c). (Consulte también la regla de seguridad de HIPAA en 45 C.F.R. §§ 164.308, 164.310 y 164.312 para conocer los requisitos específicos relacionados con las medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas para la PHI electrónica).

El estándar de protección de la Regla de privacidad garantiza la privacidad de la PHI al exigir a las entidades cubiertas que protejan razonablemente la PHI de cualquier uso o divulgación intencional o no intencional que viole la Regla de privacidad. El requisito de salvaguardas, al igual que con todos los demás requisitos de la Regla de privacidad, establece protecciones para la PHI en todas sus formas: impresa, electrónica y oral. Las salvaguardas incluyen acciones y prácticas tales como asegurar ubicaciones y equipos; implementar soluciones técnicas para mitigar riesgos; y formación de la mano de obra.

El estándar de salvaguardas de la Regla de privacidad es flexible y no prescribe ninguna práctica o acción específica que deban tomar las entidades cubiertas. Esto permite que entidades de diferentes tamaños, funciones y necesidades protejan adecuadamente la privacidad de la PHI según corresponda a sus circunstancias. Sin embargo, dado que cada entidad cubierta elige las salvaguardas que mejor se adaptan a sus necesidades individuales, es posible que los tipos de protecciones aplicadas no sean los mismos para todos los participantes que intercambian información médica electrónica hacia o a través de una organización de información médica (HIO), y algunos participantes pueden no estar entidades cubiertas.



The HIPAA Privacy Rule and Electronic Health Information Exchange in a Networked Environment

Cuando las entidades cubiertas y otros participan en el intercambio electrónico de información de salud con un HIO, el intercambio real de información puede facilitarse e incluso mejorarse si todos los participantes adoptan y se adhieren a las mismas políticas y procedimientos de protección o a los mismos. Con ese fin, la flexibilidad de la Regla de privacidad permitiría a las entidades cubiertas y al HIO, como su socio comercial, acordar salvaguardas comunes apropiadas que se aplicarían a su intercambio electrónico de información. Además, como requisito de participación en el intercambio electrónico de información de salud con el HIO, estas salvaguardas comúnmente acordadas también podrían extenderse a otros participantes, aunque no sean entidades cubiertas. Por ejemplo, los participantes de HIO pueden acordar usar un conjunto común de procedimientos y mecanismos para verificar las credenciales y autenticar a las personas que solicitan y acceden a la información a través de la red o aplicar la misma capacitación estándar para las personas que utilizan la red.

Las políticas de salvaguardas comunes se pueden formalizar a través de un acuerdo de socios comerciales, un acuerdo de intercambio de datos o cualquier otro mecanismo de contrato, y pueden incluir mecanismos de aplicación y sanciones por incumplimientos y violaciones. Un HIO también puede establecer y controlar centralmente la red de intercambio, el equipo de red y los conductos de intercambio, de modo que el proceso de intercambio en sí esté protegido por un conjunto único de medidas de seguridad y mecanismos de seguridad.

PREGUNTAS FRECUENTES

P1: ¿Permite la regla de privacidad de HIPAA que un proveedor de atención médica cubierto envíe correos electrónicos o intercambie electrónicamente información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con otro proveedor para fines de tratamiento?

R1: Sí. La Regla de privacidad permite que los proveedores de atención médica cubiertos compartan PHI electrónicamente (o en cualquier otra forma) con fines de tratamiento, siempre que apliquen medidas de seguridad razonables al hacerlo. Así, por ejemplo, un médico puede consultar con otro médico por correo electrónico sobre la condición de un paciente, o los proveedores de atención médica pueden intercambiar PHI electrónicamente a través de una organización de información de salud (HIO) para la atención del paciente.

P2: ¿Cómo se pueden cumplir los requisitos de la regla de privacidad de HIPAA para la verificación de identidad y autoridad en un entorno de intercambio electrónico de información de salud?

R2: La regla de privacidad requiere que las entidades cubiertas verifiquen la identidad y la autoridad de una persona que solicita información de salud protegida (PHI), si la entidad cubierta no las conoce. Ver 45 C.F.R. §164.514(h). La regla de privacidad permite la verificación en la mayoría de los casos en forma oral o escrita, aunque la verificación requiere documentación escrita cuando dicha documentación es una condición para la divulgación.

La regla de privacidad generalmente no incluye requisitos de verificación específicos o técnicos y, por lo tanto, se puede aplicar de manera flexible a un entorno de intercambio de información de salud electrónica de la manera que mejor respalde las necesidades de los participantes del intercambio y la organización de información de salud (HIO). Por ejemplo, en un entorno de intercambio electrónico de información sanitaria:

- Los participantes pueden acordar por contrato o de otro modo mantenerse actualizado y proporcionar al HIO una lista de personas autorizadas para que el HIO pueda autenticar adecuadamente a cada usuario de la red.

-Para las personas que afirman ser funcionarios del gobierno, se puede proporcionar prueba de su condición de gobierno al tener una extensión de correo electrónico gubernamental legítima (por ejemplo, xxx.gov).

-La documentación requerida para ciertos usos y divulgaciones puede proporcionarse en forma electrónica, como imágenes escaneadas o archivos pdf.

-La documentación que requiera firmas puede proporcionarse como una imagen escaneada de la documentación firmada o como un documento electrónico con una firma electrónica, en la medida en que la firma electrónica sea válida según la ley aplicable.

P3: ¿La regla de privacidad de HIPAA permite que los proveedores de atención médica usen el correo electrónico para hablar sobre problemas de salud y tratamientos con sus pacientes?

R3: Sí. La Regla de privacidad permite que los proveedores de atención médica cubiertos se comuniquen electrónicamente, como por correo electrónico, con sus pacientes, siempre que apliquen medidas de seguridad razonables al hacerlo. Ver 45 C.F.R. §164.530(c). Por ejemplo, es posible que se deban tomar ciertas precauciones al usar el correo electrónico para evitar divulgaciones no intencionales, como verificar la dirección de correo electrónico antes de enviarla, o enviar una alerta por correo electrónico al paciente para confirmar la dirección antes de enviar la información. mensaje. Además, si bien la Regla de privacidad no prohíbe el uso de correo electrónico no cifrado para las comunicaciones relacionadas con el tratamiento entre los proveedores de atención médica y los pacientes, se deben aplicar otras salvaguardas para proteger razonablemente la privacidad, como limitar la cantidad o el tipo de información divulgada a través del correo electrónico sin cifrar. Además, las entidades cubiertas querrán asegurarse de que cualquier transmisión de información de salud protegida electrónica cumpla con los requisitos de la Regla de seguridad de HIPAA en 45 C.F.R. Parte 164, Subparte C.

Tenga en cuenta que, en virtud de la Regla de privacidad, una persona tiene derecho a solicitar y hacer que un proveedor de atención médica cubierto se comuniquen con él o ella por medios alternativos o en lugares alternativos, si es razonable. Ver 45 C.F.R. § 164.522 (b). Por ejemplo, un proveedor de atención médica debe aceptar la solicitud de una persona para recibir recordatorios de citas por correo electrónico, en lugar de una tarjeta postal, si el correo electrónico es un medio alternativo razonable para que ese proveedor se comuniquen con el paciente. Sin embargo, de la misma manera, si el uso de correo electrónico no cifrado es inaceptable para un paciente que solicita comunicaciones confidenciales, se deben ofrecer otros medios para comunicarse con el paciente, como métodos electrónicos más seguros, correo postal o teléfono. y acomodado.

Los pacientes pueden iniciar comunicaciones con un proveedor a través del correo electrónico. Si ocurre esta situación, el proveedor de atención médica puede asumir (a menos que el paciente haya indicado explícitamente lo contrario) que las comunicaciones por correo electrónico son aceptables para la persona. Si el proveedor cree que el paciente puede no estar al tanto de los posibles riesgos de usar correo electrónico sin cifrar, o tiene inquietudes sobre posibles responsabilidades, el proveedor puede alertar al paciente sobre esos riesgos y dejar que el paciente decida si continuar con las comunicaciones por correo electrónico.

P4: ¿La regla de privacidad de HIPAA permite que las entidades cubiertas que participan en el intercambio electrónico de información de salud con una organización de información de salud (HIO) establezcan un conjunto común de medidas de seguridad?

R4: Sí. La Regla de Privacidad requiere que una entidad cubierta cuente con medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas apropiadas para proteger la privacidad de la información de salud protegida (PHI), incluidas las medidas de seguridad razonables para proteger contra cualquier uso o divulgación intencional o no intencional en violación de la Regla de Privacidad . Ver 45 C.F.R. §164.530(c). Cada entidad cubierta puede evaluar sus propias funciones y necesidades comerciales, los tipos y cantidades de PHI que recopila, usa y divulga, el tamaño y los riesgos comerciales para determinar las salvaguardas adecuadas para sus circunstancias particulares.

Con respecto al intercambio electrónico de información de salud, la Regla de privacidad permitiría que las entidades cubiertas que participan en un intercambio con un HIO acuerden un conjunto común de garantías de privacidad que sean apropiadas para los riesgos asociados con el intercambio de PHI hacia y a través del HIO. Además, como requisito de participación en el intercambio electrónico de información de salud con el HIO, estas salvaguardas comúnmente acordadas también podrían extenderse a otros participantes, incluso si no son entidades cubiertas. Un conjunto común o consistente de estándares aplicados al HIO y sus participantes puede ayudar no solo a facilitar el intercambio eficiente de información, sino también a fomentar la confianza entre los participantes y las personas.

Uso y Divulgación de Información:

Esta autorización debe firmarse dentro del Paquete de admisión y entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma, a menos que el paciente o tutor la revoque o la cancele.

Derecho a revocar o rescindir la autorización:

Puede revocar o rescindir esta autorización enviando una revocación por escrito al Shorkey Center. Debe comunicarse con el funcionario de privacidad u otro representante autorizado para cancelar esta autorización.

Potencial de nueva divulgación:

La persona o organización a la que se envía la información de salud puede divulgar repetidamente la información de salud identificada por esta autorización. La privacidad de esta información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad.

AVISO DE POLÍTICA Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Objeto de este aviso

Shorkey Center respeta la privacidad de la información personal y comprende la importancia de mantener esta información confidencial y segura. Este aviso describe cómo protegemos la confidencialidad de la información personal que recibimos. Nuestras prácticas se aplican a clientes / pacientes actuales y anteriores.

Tratamos la información personal de forma segura y confidencial. Limitamos el acceso a la información personal solo a aquellas personas que necesitan conocer esa información para brindar la mejor atención. Estas personas están capacitadas sobre la importancia de salvaguardar esta información y deben cumplir con nuestros procedimientos y las leyes aplicables.

Nuestro compromiso con usted, nuestro paciente, es proteger su información del uso indebido, solo usaremos la información para los siguientes propósitos.

1. Usaremos la información dentro de Shorkey Center para brindarle la mejor atención posible.
2. Podemos compartir la información con una empresa que trabaje para nosotros.
3. Podemos compartirlo con otros solo cuando sea necesario para realizar un servicio para usted o si Shorkey Center está legalmente obligado a hacerlo.

Shorkey Center no comparte ninguna información del cliente con terceros comercializadores.

Para obtener más información, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad (409) 838-6568 o visitar 855 S. Eighth St, Beaumont, Texas 77701.

Sus derechos de información médica

Aunque su expediente médico es propiedad física de esta oficina, la información le pertenece a usted. Tienes derecho a:

- Obtener una copia impresa de este aviso de práctica de información a pedido.
- Inspeccione y copie su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.524
- Modificar su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- Solicitar comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto por 45 CFR 164.522 y
- Revocar su autorización para usar o divulgar información médica, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Nuestras responsabilidades

Nuestra oficina está obligada a:

- Mantener la privacidad de su información médica.
- Proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada, y
- Acomodar solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información médica; por medios alternativos o en ubicaciones alternativas

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, le enviaremos un aviso revisado a la dirección que nos haya proporcionado.

No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También dejaremos de usar o divulgar su información médica después de haber recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

Para obtener más información o informar un problema

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con la Oficial de Privacidad del Centro, al 409-838-6568.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad del Centro o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles. La dirección del OCR se enumera a continuación:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201.



Acuerdo de Pagar

Entiendo que al firmar este acuerdo acepto toda la responsabilidad por el pago de los cargos incurridos por mí por los servicios recibidos. Entiendo que el Centro de Educación y Rehabilitación de Shorkey hará todo lo posible por obtener el reembolso por dichos servicios de mi compañía de seguros directamente, como se indica en el párrafo a continuación, pero que seré responsable de todos los deducibles, copagos y servicios no cubiertos por mi póliza de seguro a menos que dicha responsabilidad sea expresamente eximida por la ley estatal o federal. Estoy de acuerdo en pagar los honorarios razonables del abogado y el costo del cobro de cualquier saldo adeudado del cliente si esta cuenta se deriva a un abogado o agencia para su cobro.

Autorización de Asignación de Beneficios

Entiendo que mi firma a continuación solicita que el pago de Medicaid autorizado y otros beneficios de la compañía de seguros de salud se realice a mí o en mi nombre al Centro de Rehabilitación y Educación de Shorkey por los servicios prestados a mí o a mi dependiente. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí o mi dependiente a divulgar el Formulario de reclamo de seguro médico a cualquier compañía de seguros y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Autorización para Divulgar Información Médica

Por la presente autorizo a Shorkey Education and Rehabilitation Center y / o su agente de facturación y cualquier organización de licencias a revisar y obtener copias de los registros médicos o la información del seguro en lo que respecta a mi terapia, reembolso de cargos y coordinación de atención, mejora de la calidad, acreditación o licencia. revisiones. También autorizo a Shorkey Education and Rehabilitation Center y / o su agente de facturación a proporcionar a mis compañías de seguros y otros proveedores, cualquier historial médico y prueba de servicios. Una fotocopia es tan válida como el original.

Liberación de Responsabilidad

Acepto liberar y mantener indemne de cualquier gasto o reclamo de cualquier naturaleza, legal o de otro tipo, el Shorkey Center, sus agentes, empleados y / o representantes, por cualquier lesión sufrida por el participante en cualquier actividad dentro del Shorkey Center, excepto y excepto por reclamos que surjan únicamente por negligencia del Shorkey Center, sus agentes, empleados y / o representantes.

Entiendo que seré responsable de cualquier saldo que no pague mi compañía de seguros. Entiendo que si hay algún cambio en mi seguro, notificaré a la oficina principal de manera oportuna.



CONTRATO DE ASISTENCIA

Para maximizar los beneficios de la terapia, es muy importante que se asista a todas las citas programadas. La coherencia de asistir a las sesiones de terapia asegura que su hijo obtendrá los máximos beneficios del tratamiento y lo ayudará a alcanzar sus objetivos. Una cita perdida o tardía interrumpe el programa de terapia que lo afecta tanto a usted como a otros pacientes.

La misión de Shorkey Center es ayudar a cada niño a lograr su objetivo. La disponibilidad de tiempo es un bien valioso. Si su hijo es dado de alta de nuestra práctica por razones de asistencia, pero reintegro; su hijo será colocado en una lista de espera para una vacante disponible.

Al firmar este formulario, indica que comprende la política de asistencia de Shorkey Center y las consecuencias de no asistir a sus citas. Anticipamos que se adherirá a lo siguiente:

1. Entiendo que cualquier cita perdida por cualquier motivo que no se re programe en la misma semana se considera una ausencia.
2. Entiendo que faltar a tres citas de terapia programadas en un período de seis meses es motivo para el alta de la terapia. Si debo cancelar la cita debido a una enfermedad o emergencia, me comunicaré con la oficina lo antes posible. Se toman en consideración las emergencias familiares.
3. Tres tardanzas a la terapia equivalen a una ausencia.
4. Acepto llamar para cancelar mis citas con al menos 24 horas de anticipación. Si no llamo para cancelar y no asisto a la terapia, esto se considerará una ausencia "No Show".
5. Entiendo que dos ausencias "No Show", dentro de un período de 6 meses, son motivo para el alta de la terapia.
6. Entiendo que si no cancelo mi (s) cita (s), a más tardar a la hora programada para la cita, se me puede cobrar \$ 15.00 por cada terapia programada para ese día. La tarifa de ausencia por No-Show será debida a mi regreso a la terapia.
7. Entiendo que se notificará a mi médico o coordinador de servicios primarios de mi falta de presentación / asistencia a las citas y la alta resultante de la terapia.
8. Entiendo que, si llego 15 minutos tarde, es posible que no reciba terapia ese día, según el plan de sesión y las actividades programadas.
9. Mientras mi hijo asiste a terapia, puedo irme durante su sesión. Pero debo dejar un número de contrato en caso de emergencia y regresaré 10 minutos antes del final de la (s) sesión (es). Entiendo que, si llego tarde a recoger a mi hijo de su sesión, se me pedirá que me quede en el Centro para las citas futuras de mi hijo.

Seguir estas pautas facilitará enormemente la calidad del tratamiento. Gracias por su cooperación.

LA SEGURIDAD

Grabaciones, fotos y videos

Los niños no pueden ser grabados, fotografiados o grabados en video sin el consentimiento de los padres, el consentimiento del terapeuta, el consentimiento del maestro o la aprobación del Director Ejecutivo, incluso si se trata de su propio hijo. Esto es para mantener el cumplimiento de HIPAA, la explotación, la privacidad y la seguridad de todas las personas en el Centro.

Zona libre de armas

La Ley de Zona Escolar Libre de Armas prohíbe que cualquier persona no autorizada posea un arma de fuego a sabiendas dentro de los 1000 pies de una escuela.

Sin comida exterior - Zona libre de cacahuete

Debido a las altas necesidades de nuestra población de servicio, clientela médicamente frágil y arma de fuego inmunocomprometida dentro de los 1000 pies de una escuela.

¿Zona libre de pandillas?

Una zona libre de pandillas es un área designada alrededor de un lugar específico donde la actividad prohibida relacionada con pandillas está sujeta a una sanción mayor según la ley de Texas. Las ubicaciones específicas incluyen guarderías. La zona libre de pandillas está dentro de los 1000 pies de su centro de cuidado infantil. Para obtener más información sobre lo que constituye una zona libre de pandillas, consulte las secciones 71.028 y 71.029 del Código Penal de Texas.

PISCINA

****Por favor, no asista a terapia acuática o deportes acuáticos adaptados cuando exista un riesgo potencial de diarrea. Llame para programar una terapia en tierra (Gimnasio).

Se requieren pañales para nadar: no se permiten pañales regulares / Pampers ni pañales de tela en la piscina.



POR FAVOR LEA ESTE AVISO MUY CUIDADOSAMENTE

AL COMPLETAR ESTE PAQUETE DE ADMISIÓN DE CLIENTES, SI SU HIJO HA SIDO EVALUADO PARA TERAPIA DEL HABLA, TERAPIA FÍSICA O TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS ÚLTIMOS 180 DÍAS, DEBERÁ PROPORCIONAR AL CENTRO UNA COPIA DE LA EVALUACIÓN.

ES UNA PRÁCTICA COMÚN QUE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS **NIEGUEN** UNA SEGUNDA EVALUACIÓN PARA SERVICIOS TERAPÉUTICOS SI LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DEL MISMO PERÍODO DE TIEMPO DE 180 DÍAS.

POR FAVOR DÉJENOS SABER SI SU EVALUACIÓN ESTÁ ACTUAL O SI TIENE MÁS DE 180 DÍAS. EL CENTRO SHORKEY LE FACTURARÁ EL IMPORTE TOTAL DE LA EVALUACIÓN SI EL SEGURO MUESTRA UNA EVALUACIÓN ACTUAL EN EL ARCHIVO. LAS EVALUACIONES SON \$252.00 POR SERVICIO.

NECESITAMOS UNA COPIA ACTUAL DEL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE SU HIJO PARA MANTENERLO EN EL ARCHIVO. FAVOR DE PROPORCIONARLO **DURANTE** LA PRIMERA VISITA DE SU HIJO.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN A ESTE ASUNTO

DR. ROBIN PEARSON,
DIRECTOR EJECUTIVO