

SOUTH COAST PEDIATRICS – DOCUMENT REQUEST

Type of Document(s): ① School Form (tipo de documento) (forma de escuela) ① ② Medical Records (registros médicos)

Date Requested: _____
(fecha solicitud)

① ② Vaccine Card (tarjeta de vacuna) ① ② Patient Letter for: _____ **Circle One:** Pick Up = AH SP BR Mail
(razon de la carta del paciente)

①
Patient Name: _____ **Patient DOB:** _____
(nombre del paciente) (fecha de nacimiento del paciente)

Name of Person Requesting Document: _____ **Relationship to Patient:** _____
(nombre de la persona solicitando el documento) (relación con el paciente)

②
Patient Address: _____ **Apt. #:** _____ **City:** _____ **Zip:** _____
(dirección del paciente) (apartamento) (ciudad) (codigo postal)

Father's Name: _____ **Mother's Name:** _____
(nombre del padre) (nombre de la madre)

Primary Cell Phone #: (_____) _____ **Alternate Phone #:** (_____) _____
(numero de teléfono celular principal) (numero de emergencia)

③
Received By: _____ **Amount Paid:** _____ **Paid By:** CS CK CC

Document Processed By: _____ **Completion Date:** _____

④
Document Picked Up By: **Guardian Signature:** _____ **Pick Up Date:** _____
(firma del tutor legal) (fecha de entrega)

Date Mailed: _____ **Mailed By:** _____

Revised: 6/11/2020