



1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: ☎ (732) 819-8800  
652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: ☎ (732) 738-1341  
171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: ☎ (908) 289-2239  
1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: ☎ (732) 398-0900  
330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: ☎ (732) 545-9878  
550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: ☎ (201) 963-2320  
666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: ☎ (609) 750-1521  
3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: ☎ (732) 679-8200  
2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: ☎ (201) 865-6750

## Consentimiento para vacunas de viaje

Por la presente autorizo al Dr. Naveen Mehrotra y/o a la persona que él designe de My Whole Child Pediatrics a administrar las vacunas para viajes bajo su dirección. Entiendo que la mayoría de las compañías de seguros no cubren las vacunas que se clasifican como opcionales para viajes. Entiendo que seré responsable financieramente de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Por la presente autorizo a My Whole Child Pediatrics a divulgar cualquier información médica o incidental a la compañía de seguros que pueda ser necesaria para el procesamiento de los beneficios financieros. Autorizo la divulgación de todos los registros a pedido y autorizo que se realicen los beneficios en mi nombre según sea necesario. Al firmar a continuación, indico por la presente que:

- 1) He leído este formulario de consentimiento
- 2) Entiendo los términos de este formulario de consentimiento y
- 3) Acepto los términos de este formulario de consentimiento.

Nombre del paciente (Por favor imprimir) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (Por favor imprimir) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_