

Yo, _____, autorizo a _____ para que
Nombre de la Escuela

libere la siguiente información relacionado a mi hijo(a), _____, al
Nombre del hij(a)

*Indiana State Department of Health's Children and Hoosiers Immunization Registry Program
(CHIRP):*

**EL NOMBRE DEL HIJO, INFORMACIÓN SOBRE LAS VACUNAS, SEXO, ETNICIDAD,
NOMBRE DE LOS PADRES, DOMICILIO Y NÚMERO TELEFÓNICO.**

Comprendo que la información del registro puede ser usada para verificar que mi hijo(a) ha recibido las vacunas correspondientes y averiguar sobre el estado de las vacunas, o para informarnos qué es tiempo de recibir una vacuna de acuerdo al calendario de vacunas recomendadas.

Comprendo además que la información de mi hijo puede ponerse a la disponibilidad del registro de datos de inmunizaciones de otro estado, de un proveedor de salud o a un designado por el proveedor, de un departamento de salud local, de una escuela elemental o secundaria, de un centro de salud de la niñez, de la oficina de *Medicaid policy and planning* o de un contratista de la oficina de Medicaid, de una agencia con licencia para la colocación de niños y una universidad. También entiendo que otras entidades puede ser agregadas a la lista por medio de la enmienda a I.C. 16-38-5-3.

Por medio de este documento autorizo la liberación de tal información.

Firma

Fecha

Nombre impreso del Padre o Tutor Legal

Domicilio

Número telefónico

Nombre del Hijo(a)

Fecha de nacimiento



Community
Health Network

Escuela

Indiana State Department of Health
Children & Hoosiers Immunization Registry Program
CHIRP

Grado