



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Autorización para divulgar información al CHIRP

Distribuir a Kindergarten y el 6° Grado (Distribute to Kindergarten and Grade 6)

El Departamento de Salud del Estado de Indiana ha solicitado a los distritos escolares reportar las tasas de inmunización, compartiendo información individual de inmunizaciones. Para compartir la información de su hijo(a) necesitamos su autorización. Por favor complete este formulario de autorización y regréselo a la escuela junto con el resto de los materiales de inscripción.

Doy permiso a Fort Wayne Community Schools a divulgar la siguiente información con respecto a mi hijo(a) al CHIRP del Departamento de Salud del Estado de Indiana. *Nombre del niño(a), fecha de nacimiento, inmunizaciones, nombre del padre, madre o tutor legal y demás información pertinente.*

Entiendo que la información del registro puede usarse para verificar que mi hijo(a) ha recibido las inmunizaciones apropiadas y para informarnos, a mí o a mi hijo(a), de la situación de inmunización del mismo(a) o para informarnos de que le toca recibir una determinada inmunización según el calendario de inmunizaciones recomendadas.

Entiendo que la información de mi hijo(a) estará a disposición de los registros de inmunizaciones de otros estados, de proveedores de salud, de departamentos de salud locales, de la escuela primaria o secundaria a la que asista el individuo, de centros de cuidado infantil y de la oficina de política y planificación de Medicaid o de contratistas de dicha oficina. Además entiendo que otras entidades podrían ser añadidas a esta lista por medio de enmiendas al Código de Indiana 16-38-5-3.

Por la presente autorizo la divulgación de dicha información.

Nombres y apellido(s) del menor (Letra de molde)

Fecha de nacimiento

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha