

Formularios de Consentimiento de imMTrax para Adultos y Niños



Formulario de Consentimiento de imMTrax para Niños

Nombre del Niño: _____ Sexo: M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo a mi proveedor de atención médica y a una agencia de salud pública a recopilar e ingresar los registros de inmunización de mi hijo en el Immunization Information System (IIS), sistema de información de inmunización, del Department of Public Health and Human Services, departamento de salud pública y servicios humanos. El IIS es un sistema informático confidencial que contiene registros de inmunización. Entiendo que la información del registro puede divulgarse a una agencia de salud pública, así como a mis proveedores de atención médica para ayudar en el cuidado y tratamiento médico de mi niño. Además, se puede divulgar información a las guarderías y escuelas en las que está inscrito mi niño para cumplir con los requisitos estatales de inmunización. Entiendo que puedo revocar esta autorización y hacer que retiren mi historial en cualquier momento al contactar a mi departamento de salud local.

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Revisado el 10/2017



Formulario de Consentimiento de imMTrax para Adultos

Nombre: _____ Sexo: M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo a mi proveedor de atención médica y a una agencia de salud pública a recopilar e ingresar mis registros de inmunización en el Immunization Information System (IIS), sistema de información de inmunización, del Department of Public Health and Human Services, departamento de salud pública y servicios humanos. El IIS es un sistema informático confidencial que contiene registros de inmunización. Entiendo que la información del registro puede divulgarse a una agencia de salud pública, así como a mis proveedores de atención médica para ayudarme en mi cuidado y tratamiento médico. Además, se puede divulgar la información a las escuelas para cumplir con los requisitos de inmunización. Entiendo que puedo revocar esta autorización y hacer que retiren mi historial en cualquier momento al contactar a mi departamento de salud local.

Firma: _____

Fecha: _____

Revisado el 10/2017 AD