

Información de Registros de Vacunación

Imprima y llene el formulario, devuélvalo por correo o por fax al 330-430-7857, o preséntelo personalmente. **Una copia de un documento de identidad con fotografía (por ejemplo: licencia de conducir o pasaporte) de la persona que solicita la información debe ser presentada en persona o enviada por correo o fax junto con esta solicitud.**

Información del Paciente:

(Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellidos)	Fecha de Nacimiento
---	---------------------

Persona que solicita los registros de vacunación*:

Nombre (Nombre con Apellidos)	Relación con el paciente
Dirección	Número de teléfono

*Si el paciente es menor de edad, la persona que solicita el registro debe ser su tutor legal y proporcionar verificación.

Recoger en persona:**

Persona autorizada a recoger el registro de vacunación en persona (si no es el tutor legal mencionado anteriormente).

Nombre (Nombre con Apellidos)	Fecha de Nacimiento
-------------------------------	---------------------

** La persona que recoja el registro de vacunación deberá presentar una identificación con foto válida al momento de recoger el registro.

Enviar por correo a:

Nombre		
Dirección	Ciudad	Código Postal

Enviar por Fax:

Número de fax	Con atención a:
---------------	-----------------

Entiendo que estoy autorizando a Salud Pública de la Ciudad de Canton a compartir el registro médico de vacunación del paciente mencionado anteriormente, reconociendo que Salud Pública de la Ciudad de Canton solo puede verificar las vacunas que ellos han administrado y es posible que no tengan registros de vacunas administradas por otros proveedores. Los registros del Registro de Vacunación de Ohio pueden incluir vacunas adicionales que no han sido administradas por Salud Pública de la Ciudad de Canton.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Aviso legal para el Destinatario: Esta información le ha sido c de los registros confidenciales protegidos por la ley estatal de divulgación. No haremos ninguna otra divulgación de esta información sin la autorización escrita, específica e informada de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley estatal.

Office Use Only

Type of immunization record provided to requester: ImpactSIIS EMR (Insync) HDIS

Release method: In Person Mail Fax Other _____

Identification Verified by: Photo ID (Required) Other: _____

Employee Signature: _____ Date Released: _____

