***CORPUS CHRISTI – NUECES COUNTY***

***PUBLIC HEALTH DISTRICT***

***PREVENTION DIVISION – IMMUNIZATIONS CLINIC***

***1702 HORNE RD., CORPUS CHRISTI, TX 78416***

***PHONE: 361-826-7238 FAX: 361-826-7212***

**Autorización para la Divulgación del**

 **Registro de Vacunación**

**Complete TODAS las áreas en esta solicitud.**

***Para solicitar un Registro de Vacunación de un niño (menor de 18 años de edad), usted debe ser el Padre, guardián, o conservador legal de menor. Todas las solicitudes de registro de inmunización deberán acompañarse de documentos que identifican a la persona que solicita el registro de inmunización. Ejemplos de identificación son: estado de emisión licencia de conducir o identificación, pasaporte, escuela/trabajo ID.***

***Los mayores de 18 años de edad deben solicitar su propio registro de inmunizaciones.***

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL CLIENTE**  |
| Apellido   | Nombre  | Segundo nombre  |
| Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_  Mes Día Aῆo  | Sexo: M F  | Otro nombre(s)  |
| Dirección  | Apt. #  | Ciudad  |
| Condado  | Estado  | Código Postal  | Número de Teléfono ( )  |
| **INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** *(si el cliente es menor de edad)* |
| **Es usted el: ¿Padre, Guardián, o Conservador Legal?**  | Si  | No  |  Relación con el menor:  |
| Apellido   | Nombre  | Segundo nombre  | Apellido de soltero (a)  |
| **FIRMA DE AUTORIZACIÓN RETENCIÓN DEL REGISTRO/CARTILLA DE VACUNAS** (si el solicitante es de 18 años o más)  |
| Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy mi autorización al  *Escriba su nombre (o la del padre, guardián, conservador legal de menor)* Corpus Christi – Nueces County Public Health District para la divulgación del registro de vacunación del cliente. Yo libero al Corpus Christi – Nueces County Public Health District de toda responsabilidad legal que pueda derivarse ante la acción de dicha autorización. Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Cliente (o Padre, guardián, o conservador legal del menor) Mes Día Año  |
| **FIRMA DE AUTORIZACIÓN RETENCIÓN DEL REGISTRO/CARTILLA DE VACUNAS**(si el solicitante es de 18 años o más) |
|  Entiendo que, mediante este consentimiento, autorizo que mi registro de vacunas sea retenido en TWICES/IMMTRAC 2 y que cualquier información puede ser accedida legalmente por parte de mi proveedor de salud para mi continuo cuidado.  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Cliente Mes Día Año  |
| ***PARA USO OFICIAL SOLAMENTE - FOR OFFICE USE ONLY***  |
| **Date Searched/Released:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Record Released  Record Not Found** **By:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |