***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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |