

Escuelas de West Noble

Yo, _____ doy consentimiento a las escuelas de West Noble de dar informacion de mi hijo/a _____ al Departamento de Salud del estado de Indiana Programa de Registracion de Vacunas para Ninos y Hoosiers (personas que nacen en Indiana) o CHIRP:

Nombre, Fecha de Nacimiento, Informacion de vacunas nombre de padres, direccion y otra informacion que sea pertinente saber.

Entiendo que la informacion dada para registro sera usado para asegurar de que las vacunas apropiadas han sido dadas a mi hijo/a y para dejarme saber las vacunes que aun necesite de acuerdo con el tiempo sugerido entre cada una.

Entiendo que la informacion de mi hijo/a sera disponible a otros estados, proveedor de salud, algun designado, el departamento de salud local, escuelas, centro de cuidado de ninos/as, la oficina de Medicaid, una agencia de colocamientos de nino/as, un colegio o universidad. Ademas entiendo que otras entidades tambien podran tener permiso para ver esta informacion de acuerdo con la ley I.C. 16-38-5-3.

Doy consentimiento de que se use esta informacion.

Firma

Fecha

Nombre de padre/guardian

Direccion

Num. Tel.

Nombre de hijo/a

Grado

Escuela