



Autorización para la Obtener los Registros de Vacunación

Instrucciones

Necesitara completar la forma con pluma de color oscuro. Llenar todos los espacios exceptuando donde se requiere su firma.

Entregue la forma:

- Por Fax al número (702) 759-1455
- Por correo a Southern Nevada Health District , Immunization Program, P.O BOX 3902, Las Vegas NV 89127
- Por correo electrónico a snhdpublicinformation@snhdmail.org. Nota La forma después de completada debe ser escaneada en formato PDF o JPG.

Información Importante

- La autorización para entregarle los registros de vacunación es solo será requerida cuando se solicite solamente copia de sus Registros sin haber recibido ninguna vacunación en el distrito de salud. Todos los clientes que reciban vacunación obtendrán una copia de su registro de vacunación.
- El Distrito de Salud solamente proveerá información de vacunación a aquellos registros que se encuentren en el Distrito de Salud o el Estado de Nevada.
- El costo de \$0.60 por páginas de registros de vacunación no se cobrara durante el mes de agosto.



DISTRITO DE SALUD DEL SUR DE NEVADA

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DEL REGISTRO DE VACUNAS

Usted debe ser uno de los padres o el tutor legal del menor cuyo registro está solicitando o debe tener la mayoría de edad para obtener su propio registro de vacunas.

Llene con la información que se solicita a continuación, firme, feche y devuelva este documento por correo, fax o correo electrónico:

_____, mayor de edad, padre o tutor

Solicitante, padre o tutor legal (en letra de imprenta)

legal de un menor, autoriza y solicita por medio del presente documento que el Distrito de Salud del Sur de Nevada haga entrega de los registros de vacunas relacionados con mi persona o con el menor.

Nombre del paciente: Nombre Apellido Fecha de nacimiento Sexo

INDIQUE CÓMO LE GUSTARÍA RECIBIR EL REGISTRO (ELIJA UNA OPCIÓN)

Recepción vía:

____ Recoger en persona

____ Envío por correo a: _____

____ Envío por correo electrónico a: _____

____ Envío por fax a: _____

____ Entrega a mi médico: _____ en: _____

____ Entrega al médico de mi hijo: _____ en: _____

____ Entrega a la escuela de mi hijo: _____

Nombre de la escuela: Teléfono: Número de fax:

Acepto liberar al Distrito de Salud del Sur de Nevada y a todos sus empleados de cualquier tipo de responsabilidad legal que pueda surgir de la entrega de la información de vacunación o médica que he autorizado anteriormente.

Firma del solicitante o del padre o tutor legal

Fecha

Teléfono:

Testigo

Fecha