



Community Health Nursing
 608 Oakland Avenue, Elkhart, IN 46516
 Teléfono: 574-523-2127 / Fax: 574-522-2192
 Health.elkhartcounty.com



Solicitud Del Registro de Vacunas

Su solicitud será procesada lo más pronto posible, si el registro ha sido archivado por favor permita entre 5 a 7 días del día en que la solicitud fue requerida. **Se requiere una identificación con foto**

Yo solicito un registro de vacunas para:

Mi hijo/hijos Hijastro/Hijastros (autorización requerida) Otro (autorización requerida)

Primer Nombre Y Apellido de la persona en el registro

Fecha de Nacimiento

EMR #

Seleccione la opción preferida:

- Copia en papel para mi **Por favor tenga en cuenta que se le cobraran \$5.00** por esto (precios pueden variar)
- Copia electrónica de mi registro de vacunas (sin costo)
- Número de Pin de Mi VaxIndiana (le permite sacar copias del record usted mismo gratis)

Para #2 & #3

Escriba su dirección de correo electrónico si desea que la información se le mande electrónicamente (por favor escriba claro) _____

Ponga sus iniciales para confirmar que entiende que la información mandada por correo electrónico talvez no sea segura.

- Enviar los registros a la oficina de mi doctor por Fax

Nombre del doctor/oficina: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ # de Fax: (____) _____ # de Teléfono: (____) _____

- Proveer los registros al Departamento De Salud De Elkhart. # De Fax: 574-522-2192

Información de la persona completando este formulario:

Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Al firmar abajo estoy de acuerdo con la confidencialidad del paciente y declaro bajo el perjuicio de penal bajo las leyes del Estado de Indiana que la información es verdadera y correcta. Entiendo que la solicitud de registro de vacunas que se da a conocer será confirmada y conocida en la autorización y el código 16-38-5-3 de Indiana.

Estoy autorizado para revisar los registros como el individuo o encargado legal de los registros solicitados.

Firma: _____ Fecha: _____

Si está solicitando el registro por correo, correo electrónico, o por fax por favor de incluir una copia de su identificación

Detener - Para Uso de Oficina Solamente

ID verified Permission copied & attached Client Paid

Information was: Directly given to client Mailed Emailed Faxed

COMPLETE MEDICAL RECORDS DISCLOSURE ENTRY Completion Date: _____ Staff Initials: _____