



...excelling today and dreaming for tomorrow

Yo, _____, doy permiso a las Escuelas de la Comunidad de Warsaw para que hagan publica la siguiente información concerniente a mi niño _____ al Programa de Registro de Vacunación de los Hoosiers y Departamento de Salud de los Niños del Estado de Indiana (por sus siglas en inglés CHIRP, State Department of Health's Children and Hoosiers Immunization Registry Program):

- **NOMBRE**
- **DATOS DE VACUNACION**
- **FECHA DE NACIMIENTO**
- **NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL**
- **OTRA INFORMACION QUE SE NECESARIA**

La información contenida en el registro puede ser utilizada para verificar que mi niño ha recibido las vacunas apropiadas y para informarme a mi o a mi niño del estatus de vacunación de mi niño o cuando una vacuna se debe de recibir, de acuerdo con el programa de vacunación recomendado.

La información de vacunación de mi niño puede hacerse disponible al registro de datos de vacunación de otro estado, o a un proveedor de servicios de salud o su designado, al departamento local de salud, a una escuela primaria o secundaria, a un centro de cuidado del niño, a la oficina de planeamiento y política de Medicaid o a un contratista de la oficina de planeamiento y política de Medicaid, a una agencia licenciada de emplazamiento del niño, y a un colegio o universidad. Otras entidades podrán ser añadidas a esta lista mediante una enmienda al I.C. 16-38-5-3.

Firmando este consentimiento, la enfermera de la escuela podrá mantener al día los registros de vacunación de su estudiantes cada año.

Firma

Fecha

Nombre impreso del padre o guardián legal

Nombre del niño

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento del niño