

RESIDENT RECORDS ACCESS



ACCESO A REGISTROS PARA RESIDENTES

I hereby authorize the Illinois Department of Public Health ("IDPH") to release my immunization records contained in I-CARE ("Immunization Records"), which may include, without limitation, name, address, phone number(s), sex, date of birth, group number, type of vaccine, date of administration, location of vaccination, manufacturer, lot number, and expiration date.

I understand that I may not be able to view my Immunization Records using this IDPH Immunization Portal ("Portal") if my records cannot be identified based on the information provided.

I agree that I will not impersonate any person or entity or misrepresent my identity for purposes of accessing personal and protected health information.

I agree that I will not engage in any other malicious, disruptive or other conduct that impedes or interferes with the usage of this Portal.

I truthfully represent that I am at least 18 years of age or have legal authority under Illinois law to enter into these terms and conditions to use this Portal.

By electronically typing my full legal name, I hereby attest that (i) I am not impersonating any person or entity or misrepresenting my identity, (ii) I authorize the release of my Immunization Records to the Portal, (iii) I fully understand the meaning of this authorization and agree to its terms, and (iv) I understand that I am signing this authorization electronically and agree my electronic signature is the legal equivalent of my handwritten signature.

Por la presente autorizo al Departamento de Salud Pública de Illinois ("IDPH") a publicar mis registros de vacunación contenidos en I-CARE ("Registros de inmunización"), que pueden incluir, sin limitación, nombre, dirección, teléfono(s), género, fecha de nacimiento, número de grupo, tipo de vacunación, fecha de administración, ubicación de la vacunación, fabricante, número de lote y fecha de vencimiento.

Entiendo que es posible que no pueda ver mis registros de inmunización utilizando este Portal de Inmunización del IDPH ("Portal") si mis registros no pueden ser identificados usando la información proporcionada.

Acepto que no me haré pasar por ninguna persona o entidad ni falsificar mi identidad con el fin de acceder a información de salud personal y protegida.

Acepto que no participaré en ninguna otra conducta maliciosa, disruptiva o de otro tipo que impida o interfiera con el uso de este Portal.

Declaro sinceramente que tengo al menos 18 años de edad o que tengo autoridad legal bajo la ley de Illinois para entrar en estos términos y condiciones para usar este Portal.

Al escribir electrónicamente mi nombre legal completo, por la presente certifico que (i) no estoy suplantando a una persona o entidad o falsificando la identidad, (ii) autorizo la publicación de mis registros de vacunación en el Portal, (iii) entiendo completamente el significado de esta autorización y acepto sus términos, y (iv) entiendo que estoy firmando esta autorización electrónicamente y acepto que mi firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita.