



Autorización para Divulgar Registros de Inmunizaciones

Departamento de Salud Pública de Illinois, Sección de Inmunización
I-CARE: Intercambio de registro de vacunación automatizado integral de Illinois

INSTRUCCIONES:

1. Complete TODAS las partes de este formulario
2. Envíe el formulario completo con firma por fax al 217-524-0967 o por correo electrónico a: dph.icare@illinois.gov
3. Si tiene alguna pregunta, llame a la Sección de Inmunización al 217-785-1455 o envíe un correo electrónico a: dph.icare@illinois.gov

Nombre del paciente: _____
nombre
apellido
segundo inicial

Fecha de Nacimiento (mes, día, año): _____ Nombre(s) anterior(es): _____

Padre o tutor (si el paciente es menor de dieciocho (18) años): _____

Número de contacto: _____ Fecha de solicitud: _____

Persona, agencia o instalación para recibir registros: _____

Dirección postal (número y calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de fax: _____

Elija un método de entrega de registros marcando la casilla correspondiente a continuación:

- Fax Correo electrónico Correo Postal

Esta Autorización permanece en efecto:

- Desde la fecha de esta Autorización hasta _____ (no más de 60 días).
 Hasta que el Departamento de Salud Pública de Illinois cumpla con la solicitud o hasta 60 días a partir de la fecha de firma de esta Autorización, lo que ocurra antes.

Por la presente, autorizo al Departamento de Salud Pública de Illinois a divulgar los registros de inmunización del Paciente identificado anteriormente contenidos en I-CARE ("Registros de inmunización"), que pueden incluir, entre otros, nombre, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento, demografía de raza y etnia, apellido de soltera de la madre, tipos y fechas de inmunizaciones, nombre y dirección del proveedor que administra cada dosis, todas y cada una de las reacciones adversas a cualquier inmunización, información de cobertura de seguro y existencia de cualquier exención médica o religiosa para el cual se recopilan datos.

Entiendo que:

- La información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del Destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o de Illinois aplicable. El Departamento de Salud Pública de Illinois no puede garantizar que el Receptor no vuelva a divulgar la información de inmunización proporcionada a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o la ley federal o de Illinois aplicable que rige el uso y la divulgación de información de salud.
- Tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. La revocación será efectiva de inmediato, excepto en la medida en que el Departamento de Salud Pública de Illinois actuó basándose en esta Autorización antes de recibir la notificación por escrito de revocación.
- Esta Autorización permanecerá vigente hasta que expire el plazo de la Autorización o hasta que el Departamento de Salud Pública de Illinois reciba un aviso de revocación por escrito.
- El Departamento de Salud Pública de Illinois puede contactarme para obtener información adicional si los registros del paciente identificado anteriormente no se pueden identificar en función de la información proporcionada.
- El Departamento de Salud Pública de Illinois puede requerir la verificación de identidad utilizando una transmisión electrónica segura y encriptada a mí, como el paciente identificado anteriormente.

Por mi firma a continuación (o escribiendo mi nombre a continuación), por la presente doy fe de que (i) soy el Paciente identificado anteriormente o el padre o tutor legal del Paciente identificado anteriormente, (ii) autorizo la divulgación de los Registros de Inmunización para el Paciente identificado con anterioridad al Destinatario especificado anteriormente y (iii) Entiendo completamente el significado de esta autorización. Una fotográfica estática o copia de facsímil de esta autorización es válida como la original.

(Firma del paciente/padre o tutor legal)
(Relación al paciente)
(Fecha)