



Autorización de Divulgación para el Sistema de Información de Inmunización de Montana



Para obtener su registro de inmunización, primero consulte con su proveedor de atención médica o con el departamento de salud de su condado. Si no pueden proporcionarle su historial de inmunización o si no puede acceder a estas organizaciones, puede completar este formulario.

NO SE PROCESARÁN LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN INCOMPLETOS

ENVIAR POR Montana DPHHS Immunization Program
CORREO A: P.O. Box 202951
Helena, MT 59620 – 2951

ENVIAR POR FAX A: (406) 444-2920
CORREO ELECTRÓNICO: hhsphsiis@mt.gov

Sección I Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Otro(s) nombre(s) utilizado(s) (Nombre de soltera o de casada anteriormente): _____

Fecha de nacimiento: / / Masculino Femenino Ya no es un residente de Montana

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Sección II Información de la Organización Receptora (Dónde enviar el registro de inmunización oficial)

Persona u Organización que Recibirá el Registro de Inmunización: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Dirección Postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Las Vacunas Deben Enviarse a la Dirección Especificada: Fax Dirección Postal

Sección III Información del Solicitante

Nombre del Solicitante: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Número de Teléfono: (____) _____ Relación con el Paciente: _____

Motivo de la Solicitud: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Solicito y autorizo al Programa de Inmunización de Montana a divulgar el registro de inmunización de este paciente del Immunization Information System (IIS), sistema de información de inmunización de Montana, *imMTrax*, a la persona o agencia antes mencionada. Declaro que la información anterior es correcta y que estoy autorizado a firmar esta autorización en nombre del paciente. Entiendo que la información solicitada se enviará por fax o por correo al número o dirección antes designados.

_____ Firmado el: ____/____/____

Firma del Paciente (o del Padre, Guardián o Tutor Principal de un Menor de edad). No se aceptan firmas electrónicas o generadas electrónicamente.

Sección IV Solo Para Uso Oficial

Fecha de búsqueda/divulgación: / / Por: _____

Registros Divulgados Registro No Encontrado Se Encontró el Registro Pero No Se Informó de las Inmunizaciones

Aviso: Las solicitudes de registros expiran 30 días después de la fecha en que el solicitante autorizó y firmó el formulario de autorización. Un formulario de autorización por cada solicitud de registros de vacunación. Las solicitudes futuras requerirán un nuevo formulario de divulgación de registros.