

**Dillon District Four**

**Consentimiento/Autorización para el uso del Registro de vacunación de SC**

**(Padre de Familia/Tutor)**

1. Por favor **complete** la información solicitada a continuación.

El Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dillon School District Four** es parte de un sistema confidencial de registro de vacunas en Internet llamado South Carolina Immunization Registry (Registry) Registro de Inmunización de Carolina del Sur (Registro). Este Registro incluye datos de inmunización de consultorios médicos, departamentos de salud y proveedores de atención médica en Carolina del Sur. Solo los proveedores de atención médica que están aprobados por el Departamento de Salud y Control Ambiental de SC (DHEC) pueden ver la información que se ingresa en el Registro.

1. Escriba sus iniciales en la línea a continuación para autorizar a la enfermera de la escuela a ingresar la información de la Inmunización de su hijo (a). Si su hijo (a) ha recibido todas las vacunas requeridas para asistir a la escuela, la enfermera imprimirá un Certificado de Inmunización de SC para su hijo (a). Esto podría ayudarlo a evitar una visita a su proveedor de atención médica o al departamento de salud para obtener una copia del Certificado de Inmunización de SC de su hijo (a).

\_\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para que la enfermera de la escuela ingrese el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y la información de vacunación de mi hijo (a) con el fin de verificar el estado de Inmunización de mi hijo (a). Como parte del registro de mi hijo (a), también se puede ingresar mi nombre e información de contacto.

Yo entiendo que:

* La enfermera de la escuela imprimirá un Certificado de Inmunización de SC si mi hijo (a) ha recibido todas las vacunas requeridas para asistir a la escuela. Si la Registración no muestra que mi hijo (a) ha recibido todas las vacunas requeridas, debo proporcionar prueba de iinmunización o una exención válida para que mi hijo (a) permanezca inscrito en la escuela.
* La información en el Registro puede ser accedida por proveedores de atención médica que estén autorizados por el SC DHEC para usar el sistema.

Yo puedo revocar este permiso para ingresar información de la Registración en cualquier momento en la medida en que el uso o la divulgación de esta información aún no haya ocurrido. Yo debo notificar a la escuela y/o al distrito escolar por escrito si elijo revocar este permiso.

1. Complete la firma, el nombre y la fecha en la información a continuación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Del Padre/Madre/Tutor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor: Imprima O Escriba El Nombre

8/22/13