



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DEL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

El firmante de abajo autoriza al Departamento de Salud de Lexington- Condado de Fayette cuya dirección es: 650 Newtown Pike, Lexington, KY 40508

A liberal a: _____
Individuo o Nombre de la Instalación

Información de Registro KYIR del paciente/clínica de:

Nombre completo (Primer, I, Apellido)

Fecha de nacimiento

Número de Teléfono

Dirección completa:

Email:

Toda información del historial de inmunización puede ser liberada por motivo de:

Envíe los registros de vacunación por correo a la dirección de arriba.

Yo recogeré el registro cuando se me notifique que está listo.

Envíe correo electrónico seguro a la dirección de e-mail de arriba.

Yo entiendo que esta autorización expirará en 30 días a partir de hoy.

Yo entiendo que mi información puede no estar protegida contra la re-divulgación por el solicitante de la información.

También entiendo que si me niego a firmar esta autorización, esto resultará en la denegación de la solicitud.

Por e-mail envíe la forma completada y firmada a: CovidCardReplacement@LFCHD.org, Por correo a: Lexington-Fayette County Health Department, 650 Newtown Pike, Lexington, KY 40508 Attn: Vaccine Replacement Card o traigala a la dirección de arriba.

Firma del Cliente/Paciente, Padre o Guardián

Fecha

Relación (si el/la firmante no es paciente/cliente)

Firma del Testigo

Fecha

(Solo se requiere cuando el cliente / paciente, el padre o el guardián legal firman por marca.)

LFCHD Completion Only:

Date Request Completed: _____ Staff Member Completing Request: _____

Unable to Complete Request Due to No Records Found Requestor Notified of No Records Found