

RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

I, _____, hereby authorize the Connecticut Immunization Registry and Tracking System (CIRTS) to release the immunization history of my child or legal ward.

_____ **FULL NAME OF CHILD** _____ **CHILD'S DATE OF BIRTH**

Relationship to the above: parent/guardian (circle one) or other (specify) self

This information is to be released/sent to:

Name Quinebaug Valley Community College

Street Address 742 Upper Maple Street

Town, State, Zip Code Danielson, CT 06239

Fax Number (if applicable) 860-932-4306

In accordance with the Regulations of CT State Statute 94-90, if a parent or guardian of the child directly requests a copy of the immunization record from the immunization registry, photographic identification shall be presented, if available. Type of Photo Identification provided _____

If a photo identification is unavailable, originals or photocopies of any two of the following documents may be substituted for it a: written verification of identity from employer; current automobile registration; current copy of utility bill showing name and address; current checking account deposit slip stating name and address; or a current voter registration card. Please circle other documents provided instead of photo identification.

I understand that my records are protected under Federal Confidentiality Regulations (CFR-42, Part 2) and Connecticut General Statutes, Chapters 899 and 368X. These statutes and regulations further prohibit disclosure without my consent unless otherwise provided in the regulations.

_____ **Patient, Parent/Guardian Signature** _____ **Date**

Name and professional position of CIRTS personnel reviewing identification and releasing information:

Name of CIRTS personnel	Position/Title	Date Records Provided
-------------------------	----------------	-----------------------



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR/COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, autorizo que el Sistema de Registro y Rastreo de Vacunas de Connecticut (CIRTS) comparta o revele el record de mi hija/hijo o pupilo legal.

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/NIÑA

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A

Relación con el niño/niña: Padre/Guardián (seleccione uno con un circulo) u otro (especifique cual)

Esta información será revelada/compartida/mandada a:

Nombre Quinebaug Valley Community College

Dirección 742 Upper Maple Street

Ciudad, Estado, Código de Zip Danielson, CT 06239

Número de Fax (si es aplicable)

860-932-4306

De acuerdo con las regulaciones de estatutos estatales de CT 94-90, si un padre o guardián del niño(a) solicita directamente una copia del registro de inmunización, deberá presentar una identificación fotográfica, si la tiene disponible. Tipo de identificación de la foto proporcionada _____

Si una identificación con foto no está disponible, se pueden sustituir los originales o fotocopias de cualquiera de los dos documentos siguientes: a) verificación escrita de la identidad del empleador; registro de automóvil actual; copia actual de la factura de servicios públicos que muestra el nombre y la dirección; cuenta de cheques corriente, cuenta de cheques actual indicando nombre y dirección; o una tarjeta de registro electoral actual. Por favor circule otros documentos proporcionados en lugar de identificación con foto.

Yo comprendo que mis records están protegidos bajo las Regulaciones Federales de Confidencialidad (CFR-42, Parte 2) y los estatutos generales de Connecticut, Capítulos 899 y 368X. Estos estatutos y regulaciones prohíben compartir o revelar información adicional sin mi consentimiento a menos que sea proporcionado en las regulaciones.

Firma de Paciente, Padre/Guardián

Fecha

 Nombre y posición profesional de la persona en CIRTS que ha revisado la identificación y compartido o revelado información:

 Nombre

 Posición profesional

 Fecha en que proporciono los registros

