

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) \_\_\_\_\_

This information is to be released/sent to:

**Name** \_\_\_\_\_

**Street Address** \_\_\_\_\_

**Town, State, Zip Code** \_\_\_\_\_

**Fax Number** (if applicable) \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código de Zip** \_\_\_\_\_

**Número de Fax (si es aplicable)**  
 \_\_\_\_\_

*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

