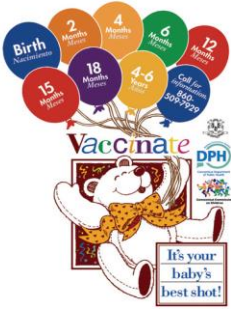


Connecticut Immunization Registry and Tracking System (CIRTS) (System Rejestracji i Kontroli Szczepień Stanu Connecticut)

Connecticut Department of Public Health Immunization Program (Departament Zdrowia Publicznego Stanu Connecticut Program Szczepień)
410 Capitol Ave. MS 11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Telefon: 860-509-7929 Faks: 860-509-8370 Strona internetowa: www.ct.gov/dph/immunizations

Departament Zdrowia Publicznego gratuluje Pani narodzin dziecka!

CIRTS jest poufnym, skomputeryzowanym systemem informatycznym, w którym są przechowywane informacje o szczepieniach Pani dziecka, co nie wiąże się dla Pani z żadnym kosztem.



Dzięki systemowi CIRTS można:

- przekazać Pani dokument o szczepieniach Pani dziecka;
- poinformować Pani lekarza, jeśli Pani dziecko nie przyjęło szczepienia;
- przekazać Pani kopię dokumentu o szczepieniach, jeśli dokumenty Pani dziecka uległy zniszczeniu, jeśli zmieni Pani klinikę lub jeśli klinika zostanie zamknięta;
- przekazać Pani lekarzowi formularze zdrowotne potrzebne w związku z opieką dzienną, szkołą, obozem lub uczelnią wyższą.

Aby uzyskać więcej informacji, proszę poprosić pielęgniarkę o broszurę.

TE INFORMACJE POZOSTANĄ POUFNE

Zgodnie z regulacją s19a-7h-4 zbioru przepisów Connecticut General Statutes

Proszę wypełnić **WSZYSTKIE** pola, jeśli mieszka Pani w stanie Connecticut i/lub lekarz Pani dziecka znajduje się w Connecticut

Imię i nazwisko dziecka _____ Data urodzenia ____ / ____ / ____ Płeć: Chłopiec Dziewczynka
(pierwsze imię) (drugie imię) (nazwisko) miesiąc dzień rok (proszę zakreślić)

Imię i nazwisko matki _____ Data urodzenia matki ____ / ____ / ____
(pierwsze imię) (nazwisko panięskie) (nazwisko) miesiąc dzień rok

Adres _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Telefon domowy (____) _____ Telefon komórkowy (____) _____ Telefon do pracy (____) _____

Imię i nazwisko osoby do kontaktu w nagłych sytuacjach _____ Telefon do kontaktu w nagłych sytuacjach (____) _____ Szpital narodzin DZIECKA _____

Imię i nazwisko lekarza DZIECKA _____ Nazwa kliniki/przychodni DZIECKA _____ Miasto, w którym mieści się klinika _____

*Jeśli mieszka Pani w stanie Connecticut, Pani dziecko zostanie automatycznie umieszczone w systemie.

Jeśli NIE chce Pani, aby Pani dziecko było umieszczone w systemie, **należy wysłać podpisany pisemny wniosek o wypisanie dziecka z systemu CIRTS.**
 Proszę umieścić we wniosku pełne imię i nazwisko oraz datę urodzenia dziecka. W wyniku rezygnacji dane o szczepieniach Pani dziecka nie będą dłużej dostępne w systemie CIRTS.
Wniosek należy wysłać na adres: CIRTS, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 lub **faksem pod numer:** 860-509-8370