Connecticut Immunization Information System (CT WiZ)
CT Department of Public Health Immunization Program
410 Capitol Ave. MS #11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Phone (860) 509-7929 Fax (860) 707-1925
Website: https://portal.ct.gov/DPH/Immunizations/ALL-ABOUT-CT-WiZ

RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

I, _____, hereby authorize my or my child's immunization history to be released to the Connecticut Immunization Information System (CT WiZ).

_____ _____/_____/_____

First Name, Middle Name, Last Name (Patient's Full Name) **Month Day Year** (Patient's Date of Birth)

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

This immunization record will be released/sent to:

Name:_____

Fax Number: (_____)_____

Or Street Address:_____

Town, State, ZIP: _____

In accordance with the Regulations of CT State Statute 94-90, the following identification has been presented by the person requesting the immunization history of the patient:

_____ official photo ID; e.g., driver's license, passport or state issued ID card

OR any two (2) of the following:

_____ social security card
_____ written ID of employer
_____ current auto registration
_____ utility bill with name and address
_____ current checking deposit slip with name/address
_____ current voter registration card

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 or Parent/Guardian Signature **Date**

****

(For DPH Use Only) Name of person reviewing identification and releasing information:

_____

Sistema de Información de Inmunizaciones de Connecticut (CT WiZ)
Departamento de Salud Pública de Connecticut de Programa de Inmunización
410 Capitol Ave. MS #11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Teléfono (860) 509-7929 Fax (860) 707-1925
Página web: https://portal.ct.gov/DPH/Immunizations/ALL-ABOUT-CT-WiZ

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR/COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, autorizo que mi historial de vacunación o el de mi hijo(a) se publiquen en el Sistema de Información de Inmunizaciones de Connecticut (CT WiZ).

_____ _____/_____/_____

Nombre, Segundo Nombre, Apellido **Mes Dia Año**
(Nombre completo del paciente) (Fecha de Nacimiento del paciente)

Relación con la persona anterior: yo mismo/madre/padre/tutor (circule uno) u otro (especifique)_____

Esta información será revelada/compartida/mandada a:

Nombre:_____

Número de Fax: (_____)_____

O Dirección:_____

Ciudad, Estado, Código de ZIP: _____

De acuerdo con las Regulaciones del Estatuto 94-90 del Estado de CT, la persona que solicita el historial de vacunación del paciente debe presentar la siguiente identificación:

_____ Identificación oficial con foto; por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte o tarjeta de identificación emitida por el estado.

O dos (2) de los siguientes:

_____ Tarjeta de seguro Social
_____ Identificación escrita del empleador
_____ Registro actual del carro
_____ Factura de servicios públicos con nombre y dirección
_____ Comprobante de depósito reciente con nombre / dirección
_____ Tarjeta de registro de votante actual

Entiendo que mis registros están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad (CFR-42, Parte 2) y los Estatutos Generales de Connecticut, Capítulos 899 y 368X. Estos estatutos y reglamentos prohíben aún más la divulgación sin mi consentimiento a menos que se establezca lo contrario en los reglamentos.

_____ _____

Paciente o Madre/Padre/Guardian Firma **Fecha**

****

(Para uso exclusivo de DPH) Nombre de la persona que revisa la identificación y divulga información:

_____