



Departamento De Salud Del Condado De Brazoria
Autorización Para Divulgar Registro De Inmunización Oficial

Nombre Del Cliente _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Dia Año Masculino Femenina

Por favor, indique cómo y dónde enviar el registro de inmunización oficial.

Nombre: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Numero De Telefono: (____) _____

Enviar registro de inmunización oficial: Enviar a la dirección abajo Fax: (____) _____

Información del Solicitante - Debe llenar en su totalidad

Yo, _____, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Brazoria
Escriba El Nombre Del (Padre, Guardián Legal, o Tutor Principal Para El Niño)

Yo libero al mencionado Departamento de Salud del Condado de Brazoria de toda responsabilidad legal que pueda derivarse de la ley que yo haya autorizado anteriormente.

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Correo Electronico (if available): _____ Telefono: (____) _____

Firma del Cliente (o Padre, Guardián Legal, o Tutor Principal Para El Niño) _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Mes Dia Año

Envíe por fax a petición del Departamento de Salud del Condado de Brazoria
*** Permítala 24-48 horas desde el momento de la recepción de fax para que los registros sean liberados ***

Si usted tiene alguna preguntas localice su departamento de salud local del condado de Brazoria:

	<u>ANGLETON</u>	<u>LAKE JACKSON</u>	<u>ALVIN</u>	<u>PEARLAND</u>
Telefono:	(979) 864-1484	(979) 265-4446	(281) 585-3024	(281) 485-5344
Por fax al:	(979) 864-3955	(979) 299-0020	(281) 585-8409	(281) 485-4689

Sólo para uso interno

Fecha de la búsqueda / liberado: _____ Registro Liberado No se encontró registro

Por: _____ Se encontró registro, pero no informe de las vacunas