



**SOUTH BEND COMMUNITY SCHOOL COPORATION**

215 S. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd South Bend, Indiana 46601

TELEPHONE: (574) 393-6000

Estimado Padre/Madre/Tutor Legal,

El Departamento de Salud del Estado de Indiana ha implementado un sistema electrónico de reportes que está designado para mejorar los registros estatales de vacunas. El registro es llamado “Children and Hoosiers Immunizations Registry Program” (**CHIRP** – Programa de Registro de Inmunizaciones de Niños y Habitantes de Indiana, por sus siglas en inglés, por sus siglas en inglés). Los proveedores de salud de Indiana incluirán la información en una base de datos electrónica para asegurarse que siempre estén disponibles los registros más actualizados.

Recientemente el Departamento de Educación de Indiana ordenó a las escuelas de Indiana que usaran el sistema CHIRP para documentar la información anual de vacunas y se nos requiere entregar el historial de vacunas para poder mantener acreditadas nuestras escuelas. Esta carta es para notificarle a usted sobre este cambio y para solicitarle el permiso para enviar el estado de las vacunas de su hijo(a) electrónicamente. Si tiene preguntas con respecto a este documento, por favor llame a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Yo doy permiso a la Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend a divulgar información acerca de mi hijo(a) \_\_\_\_\_ al Programa de Registro de Inmunizaciones de Niños y Habitantes de Indiana (CHIRP) del Departamento de Salud del Estado de Indiana:

**Información Estudiantil: Nombre, Dirección, Número de Teléfono, Fecha de Nacimiento, Información de Vacunas, Nombre de los Padres o Tutor Legal, Nombre de la Escuela, Nivel de Grado**

Yo entiendo que esta información en el registro podrá ser usada para verificar que mi hijo(a) ha recibido las vacunas apropiadas y/o para verificar si las mismas están atrasadas con respecto al horario de vacunación recomendado.

Yo entiendo que esta información quizás esté disponible para el registro de vacunas de otro estado, otro proveedor de salud, el departamento de salud local, una escuela primaria o secundaria, un centro de cuidado de niños, la oficina de políticas y planificación de Medicaid o un contratista de la oficina de políticas y planificación de Medicaid, una agencia para la colocación de niños, o una universidad. También entiendo que podrán ser agregadas otras entidades a la lista a través de la enmienda I.C. 16-38-5-3.

Por medio de la presente doy mi permiso para divulgar esta información.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Padre/Madre/Tutor Legal en Letra Molde**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Escuela**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

( \_\_ ) \_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Nivel de Grado**

**POR FAVOR REGRESE ESTE FORMULARIO A LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA DE SU HIJO(A).**