



Corrección de registro de inmunización/vacunación

- He revisado mi registro actual de inmunización/vacunación que figura en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire.
- He revisado el registro de inmunización/vacunación actual de mi hijo que figura en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire.

Presento la documentación médica adjunta para completar o corregir el registro de inmunización/vacunación tal como aparece actualmente.

FECHA: _____

Nombre (en letra de molde): _____

NOMBRE (firma): _____

NOMBRE DEL TUTOR si la persona es menor de 18 años (en letra de molde):: _____

NOMBRE DEL TUTOR si la persona es menor de 18 años (firma): _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Enumere los datos de inmunización/vacunación agregados o corregidos y la documentación médica proporcionada:

- Cambio realizado y documentado en el registro. Iniciales: _____
- El cambio no se realizó por los motivos que se enumeran a continuación. Iniciales: _____
 - No se proporcionó documentación médica válida.
 - No se puede cambiar debido a que la oficina del proveedor administrador está cerrada.