

## Pedido de Registro de Imunização/Vacinação

DATA: \_\_\_\_\_

PRIMEIRO NOME: \_\_\_\_\_ NOME DO MEIO \_\_\_\_\_ SOBRENOME: \_\_\_\_\_  
(impresso)

NOME DO PACIENTE (assinatura): \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL se a  
pessoa for menor de 18 anos \_\_\_\_\_  
(impresso):

NOME DO RESPONSÁVEL se a  
pessoa for menor de 18 anos \_\_\_\_\_  
(assinatura):

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONE DE CONTATO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Solicito uma cópia do registro de imunização/vacinação da pessoa listada abaixo.

- Entendo que, no interesse de manter a confidencialidade do registro, esta solicitação deve ser autenticada em cartório, caso este formulário seja enviado para o endereço listado abaixo.
- Se este formulário for entregue ao meu atual prestador de serviços de saúde, não é necessário o reconhecimento em cartório.

Endereço Postal: Departamento de Saúde e Serviços Humanos de New Hampshire  
Divisão de Serviços Públicos de Saúde  
Departamento de Controle de Doenças Infecciosas, Programa de Imunização  
29 Hazen Drive  
Concord, NH 03301  
A/C: Administrador de Registro

Paciente (Pai/Mãe) Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinado e juramentado perante mim neste \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ (Mês), \_\_\_\_\_ (Ano)

Assinatura do Tabelião e Selo

Data em que Minha Autorização Expira: \_\_\_\_\_