

FECHA: _____

PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____ APELLIDO: _____
(en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (firma): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

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: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO: (_____) _____

Solicito una copia del registro de inmunización/vacunación de la persona que se indica a continuación.

- Entiendo que, con el interés de mantener la confidencialidad del registro, esta solicitud debe ser certificada por un notario público si este formulario se envía por correo a la dirección que se indica a continuación.
- Si este formulario se entrega a mi proveedor de atención médica actual, no se requiere la certificación notarial.

Dirección postal: Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire
División de Servicios de Salud Pública
Oficina de Control de Enfermedades Infecciosas, Programa de inmunización
29 Hazen Drive
Concord, NH 03301
Attn.: Administrador de registro

Firma del Paciente (Padre): _____

Suscrito y jurado ante mí este _____ día de _____ (Mes) de, _____ (Año)

Firma y Sello del Notario

Fecha en que mi nombramiento finaliza: _____

