



**TULARE COUNTY  
HEALTH & HUMAN SERVICES AGENCY**

Patrick J. Hamblin • Compliance, Privacy, & Security Officer

Timothy W. Lutz, MBA  
Agency Director

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
**Utilice este formulario SOLO para registros de vacunación**

La finalización de este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica.  
La falta de información solicitada puede anular esta autorización.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de vacunación: \_\_\_\_\_

Fecha de la Primera Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de la Segunda Dosis: \_\_\_\_\_

**LIBERACIÓN DEL PROVEEDOR** (Si recibió la vacuna COVID-19 de otro proveedor, por favor comuníquese con ese proveedor o con el Departamento de Salud Pública de California: <https://cairforms.cairweb.org/AuthorizationToRelease/AuthorizationToRelease>)

Nombre / Entidad: Tulare County Immunizations Program

Domicilio: 1150 South K Street, Tulare, CA 93274

Teléfono: (559) 685-5725 Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: [PHimmunizations@tularecounty.ca.gov](mailto:PHimmunizations@tularecounty.ca.gov)

**LIBERACIÓN AL PACIENTE O PADRE / GUARDIÁN**

Nombre / Entidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE SE DIVULGARÁ**

Todos los registros de vacunas

## **PROPÓSITO**

A solicitud del paciente / representante del paciente, padre o guardián.

## **EXPIRACIÓN**

Esta autorización se termina el \_\_\_\_\_.  
(Ingrese una fecha específica)

## **MIS DERECHOS**

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la clínica que proporciona mis servicios de salud o a la Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Tulare Attn: Office of Compliance, 5957 S. Mooney Blvd., Visalia, CA 93277. Mi revocación entrará en vigor una vez recibida, excepto en la medida en que otros hayan actuado basándose en esta autorización. Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información médica que se me pide que permita el uso o la divulgación. Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego, no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. En algunos casos, tal divulgación no está prohibida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información médica realice una divulgación adicional al menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

## **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**

Si está buscando su registro de vacunación COVID-19, espere al menos 2 a 3 semanas después de la administración de la vacuna para completar este formulario. Una vez que su registro esté disponible en el sistema CAIR del estado y se publique, el registro no le llegará en una letra oficial ni recibirá una tarjeta de reemplazo. Si pierde su tarjeta de vacunación original de la CDC, no será reemplazada. Además, el registro que reciba tendrá TODAS las vacunas que se encuentran en su registro de vacunación en CAIR. No podemos producir un registro que solo contenga dosis de la vacuna COVID-19.

## **FIRMA**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Completo con Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Si firma otra persona indique su relación al paciente \_\_\_\_\_