



**SECCIÓN F: OFICINA DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD**  
**Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida**

Como firmante de la presente autorización, comprendo que doy permiso al Departamento de Salud de Virginia (VDH) para divulgar información médica personal a la(s) persona(s) u organización(es) que se indica(n) a continuación.

- Comprendo que la asistencia con un tratamiento para mi hijo/a no puede estar condicionada por mi firma de la presente Sección de Autorización para la Divulgación.
- Cualquier información médica divulgada nuevamente por ustedes ya no estará protegida por la presente autorización.
- Debe incluirse el original o una copia de la autorización en la historia clínica de mi hijo/a.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en el caso de que se hayan tomado medidas antes de mi pedido de no revelar la historia clínica de mi hijo/a. El pedido debe realizarse por escrito y entrará en vigencia al momento de la entrega al proveedor que se encuentre en poder de la historia clínica de mi hijo/a.
- Autorizo al Departamento de Salud de Virginia a revelar la información médica de mi hijo/a al médico de atención primaria y a la escuela de mi hijo/a.
- Comprendo que este registro se conservará por un lapso de diez años después de la última visita o de cinco años después de los 18 años de edad, lo que suceda más tarde.
- Comprendo que el departamento de salud pública recibirá y conservará este documento y que no será conservado en la escuela.

**SECCIÓN G: AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO**  
**(Exigido conforme a §32.1-45.1 del Code of Virginia (1950), según enmienda)**

Si el médico o la persona que actúa según sus indicaciones y control se expone en forma directa a la sangre de mi hijo/a de una manera que pueda transmitir una enfermedad, comprendo que la ley exige que mi hijo/a proporcione una muestra de sangre venosa para análisis adicionales. Comprendo que se realizarán análisis para determinar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis y/u otras enfermedades infecciosas y que un médico o profesional de la salud me informará a mí y al profesional afectado sobre los resultados de dichos análisis.

Comprendo que el Departamento de Salud de Virginia no dará a conocer historias clínicas privadas a menos que esté autorizado más arriba o a fin de continuar con la atención.

\_\_\_\_\_  
 Escriba su nombre  
 (padre, madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

*HEALTH DEPARTMENT USE ONLY*

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Item code	Dose	Dose Number (1 <sup>st</sup> or 2 <sup>nd</sup> )	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
	MedImmune	Nasal Spray	0.2 ml			NAS	
	Sanofi	Prefilled Syringe 6 mos. through 35 mos.	0.25 ml			RA      LA RL      LL	
	Sanofi	Prefilled Syringe ≥ 36 mos.	0.5 ml			RA      LA	
	Sanofi	Multi Dose Vial ≥ 6 mos.	(circle one) 0.25 ml 0.5 ml			RA      LA RL      LL	
	Novartis	Prefilled Syringe ≥ 4 yrs.	0.5 ml			RA      LA	
	Novartis	Multi Dose Vial ≥ 4 yrs.	0.5 ml			RA      LA	
	CSL	Prefilled Syringe ≥ 3 yrs.	0.5 ml			RA      LA	
	CSL	Multi Dose Vial ≥ 3 yrs.	0.5 ml			RA      LA	

Comments: (enter reason if vaccine not administered)

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_