



8550 Woodfield Crossing Boulevard
Indianapolis, Indiana 46240

317-845-9400
F: 317-205-3385

Metropolitan School District
Superior Schools in a Supportive Community
WASHINGTON TOWNSHIP

Nikki C. Woodson, Ph.D., *Superintendent*

Yo, _____ revoco el permiso a MSDWT, de dar información sobre la inmunización de mi estudiante _____ a el Departamento de Salud de Niños del Estado y a Niños y Hoosier Registro de Inmunización (CHIRP):

Entiendo que la información en este registro puede utilizarse para verificar que mi hijo ha recibido las vacunas adecuadas e informarme a mi o a mi estudiante del estado de vacunación o si es recomendable darle otra dosis de vacuna si ya es tiempo.

Entiendo que la información de inmunización de mi estúdiate puede estar disponible en el registro de datos de inmunización de otros estados, un médico o representante de un proveedor, un departamento de salud local, una escuela primaria o secundaria, un centro de cuidado infantil, la oficina de Medicaid/Póliza y Planes u un contratista de la oficina de Medicaid/Póliza y Planes, una agencia de servicios de colocación infantil y también un colegio o universidad. También entiendo que otras entidades pueden añadirse a esta lista a través de la enmienda a I.C. 16-38-5-3. ***Revocación de permiso para las escuelas de MSDWT puede resultar en una falta de documentación actualizada de registro en CHIRP.***

Por el presente revoco permiso para el traslado de dicha información.

Firma

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor

() _____
Numero de Teléfono

Dirección

Nombre del Estudiante

Grado

Escuela