



SOUTH BEND COMMUNITY SCHOOL CORPORATION

215 SOUTH ST. JOSEPH STREET SOUTH BEND, INDIANA 46601
TELEPHONE (574) 283-8000

Dear Parent/Guardian

The South Bend Community School Corporation (SBCSC) is required under 410 IAC 1-1-4 to annually report immunization data to the Indiana Department of Education electronically by entering immunization data in the Indiana State Department of Health's immunization registry entitled Children and Hoosiers Immunization Registry Program (CHIRP). This registry provides an excellent method of tracking student immunization history and enables school nurses to easily check on the immunization status of students. Before immunization data is entered into CHIRP by the school nurse, the SBCSC must obtain authorization from each parent or guardian. This letter is to notify you of the SBCSC's immunization reporting obligations and to obtain your permission to submit your child's immunization data to the Department of Education by entering it in CHIRP. **Please sign and return this release form to your school nurse ASAP.** If you have questions about this letter, please contact the health office at your child's school or Sue Cullen, R.N., BSN, School Nurse Manager at (574) 647-8661. Thank you for your time and cooperation.

I give the South Bend Community School Corporation permission to release the following information concerning my child _____ to the Indiana State Department of Health's Children and Hoosiers Immunization Registry Program (CHIRP):

Student's Name, Address, Phone Number, Date of Birth, Immunization Data, Parent's Name, School Name, Grade Level

I understand that the information in the registry may be used to verify that my child has received proper immunizations and to inform me or my child of my child's immunization status or that an immunization is due according to recommended immunization schedules.

I understand that my child's information may be available to the immunization data registry of another state, a healthcare provider or a provider's designee, a local health department, an elementary or secondary school, a child care center, the office of Medicaid policy and planning or a contractor of the office of Medicaid policy and planning, a licensed child placing agency, and a college or university. I also understand that other entities may be added to this list through amendment to Ind. Code 16-38-5-3.

I hereby consent to the release of such information.

Signature

Date

Printed Name of Parent or Guardian

() _____
Telephone Number

Address

Child's Name Date of birth

Grade Level

School



CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE SOUTH BEND
 215 SOUTH ST. JOSEPH STREET SOUTH BEND, INDIANA 46601
 TELÉFONO (574) 283-8000

Estimado Padre/Madre/Tutor

La Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend (SBCSC) está obligada por el Código Académico de Indiana 410 1-1-4 a reportar anualmente información de vacunas al Departamento de Educación de Indiana de manera electrónica ingresado dicha información en el registro de vacunas del Departamento de Salud del Estado de Indiana denominado Programa de Registro de Inmunizaciones de Niños y Habitantes de Indiana (CHIRP). El registro proporciona una manera excelente de hacer seguimiento del historial de las vacunas de los estudiantes y habilita a las enfermeras de las escuelas a revisar fácilmente el estado de vacunación de los estudiantes. Antes de que la información de vacunas sea ingresada en el CHIRP por la enfermera de la escuela, la SBCSC debe obtener autorización de cada padre/tutor. Esta carta es para notificarle a usted de las obligaciones de información de la SBCSC acerca de las vacunas y para obtener su permiso para enviar la información de las vacunas de su niño/a al Departamento de Educación a través del CHIRP. Por favor firme y regrese esta autorización a la enfermera de su escuela lo antes posible. Si tiene preguntas con respecto a esta carta, por favor contacte a la oficina de salud de la escuela de su niño/a o a Sue Cullen., BSN, Manager de las Enfermeras Escolares (574) 647-8661. Gracias por su tiempo y cooperación.

Yo doy permiso a la Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend a dar la siguiente información acerca de mi niño/a _____ al Programa de Registro de Inmunizaciones de Niños y Habitantes de Indiana (CHIRP) del Departamento de Salud del Estado de Indiana:

Nombre del estudiante, dirección, número de teléfono fecha de nacimiento, información de vacunas, nombre de algún padre, nombre de la escuela y grado

Entiendo que la información del registro puede ser usada para verificar que mi niño/a haya recibido las vacunas apropiadas y para informarme a mí o a mi niño/a del estado de vacunas o del vencimiento de alguna de acuerdo con la agenda de vacunas recomendadas.

Entiendo que la información de mi niño/a podría estar disponible para el registro de inmunizaciones de otro estado, proveedor de salud o representante de este proveedor, departamento de salud local, escuela elemental o secundaria, centro de cuidados de niños, la oficina de reglamentación o planeamiento de Medicaid o algún prestador de esa misma oficina, agencia de colocación oficial de niños, y alguna universidad. Además también entiendo que otras entidades podrán ser agregadas a esta lista a través de enmiendas al Código de Indiana 16-38-5-3.

Yo doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información.

Firma _____

Fecha _____

Escriba nombre de Padre, Madre o Tutor _____

Domicilio _____

() _____
 Número de teléfono

Nombre del niño/a _____

Fecha de Nacimiento _____

Grado _____

Escuela _____

djd-01/13