



El programa de Kansas WIC Autorización para el Intercambio de Información Electrónico al Registro de la Inmunización de Kansas

Lea por favor esta forma cuidadosamente. Marque la caja apropiada y firme abajo.

Nombre del cuidador: _____

El Programa de Kansas WIC y el Registro de Inmunización de Kansas tiene el enlace electrónico para ayudarle a estar seguro que los registros de inmunizaciones de su niño están correctos. Si usted acuerda permitir el intercambio de información electrónico entre el Programa de Kansas WIC (KWIC) y el Registro de Inmunización de Kansas (KSWebIZ), el personal de WIC podrá ver a los registros de inmunización de su niño de KSWebIZ y le dicen si otra inyección es necesaria. WIC u otro personal del departamento de salud puedan crear o actualizar los registros de inmunización de su niño en KSWebIZ para asegurar que todo es corriente. Confidencialmente será guardado de acuerdo de ley.

La información demográfica incluyendo nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, el número de teléfono y género serán intercambiados de KWIC a KSWebIZ para todos los bebés/niños que usted ha matriculado en WIC.

Nada en KSWebIZ mostrará que esta información es de una clínica de WIC. Otros usuarios de KSWebIZ **no** sabrán sobre la participación de su niño en WIC.

Si usted está de acuerdo con el intercambio de información como se describe anteriormente, el consentimiento será en efecto a menos que usted escriba una petición al personal de WIC que pide parar el intercambio de información.

Sus servicios de WIC **no** serán afectados si usted se **rehúsa** a permitir el intercambio de información.

Firmar abajo significa que usted ha leído la información arriba sobre el intercambio de información electrónico. También significa que usted ha tenido la oportunidad para hacer preguntas y que sus preguntas fueron contestadas.

<input type="checkbox"/> Consiento a permitir al lanzamiento de la información demográfica al KSWebIZ para todos mis miembros de la familia que se alisten en el programa de WIC de Kansas.	<input type="checkbox"/> Me rehúso a permitir al lanzamiento de la información demográfica para los miembros en mi familia del programa de WIC de Kansas.
--	--

Firma del cuidador: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____