

Parent/guardian of a child – Padre/tutor del niño*English*

1. I have read or have had explained to me the information contained in the Vaccine Information Sheets for each vaccine. I have had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) indicated be given to me or the person named for who I am authorized to make this request.
2. My signature below acknowledges I have been given information about the **Notice of Privacy Practices** at Tri-County Health Department (TCHD) and offered a copy of the **Privacy Practices** document.
3. I authorize the release of information to or from: health care providers, clinics, hospitals, public health agency, 3rd party billers, 3rd party agencies for vaccine or appointment reminders, school or day care the child is enrolled in, and the Colorado Immunization Information System. I understand the information will be released for the specific purpose of verifying the child's immunization status or reminding you of scheduled appointments or missing vaccines. This authorization will remain valid for five years from the signature date. I can rescind this authorization in writing at any time. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.
4. By signing below I certify to the accuracy of the above patient information and authorize the release of any medical information necessary to process this claim. I consent to treatment. I hereby assign benefits payable to this facility.
5. For children / teens ages 9-18 years old, I have been informed of the increased risk of brief fainting spells following vaccinations and have been instructed to stay seated for about 15 minutes.
6. **Yes / No** I give permission for Tri-County Health Department to send information, contact me or leave messages using alternative methods of communication including voicemail/text messages. I understand that all messages could include information related to immunization services received at TCHD. I understand that these methods of communication are not secure.

Español

1. He leído o se me ha explicado la información contenida en la hoja de información de cada vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción. Creo entender los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido que me den la(s) vacuna(s) indicadas para mí o para la persona nombrada en cuyo nombre tengo la autorización de pedir las.
2. Con mi firma abajo confirmo que se me ha entregado información sobre la **Notificación de Prácticas de la Privacidad** del TCHD y que se me ha ofrecido un ejemplar del documento **Prácticas de la Privacidad**.
3. Yo autorizo la divulgación de información hacia o por los proveedores de atención médica, clínicas, hospitales, agencias de salud pública, terceros cobradores, terceras agencias para recordatorios de vacunas o citas, escuelas o guardería en el que el niño/a esta inscrito y el Colorado Immunization Information System. Entiendo que la información será divulgada con el propósito específico de verificar el estado de vacunas de su hijo/a o recordatorio de citas o vacunas faltantes. Esta autorización es válida por cinco años a partir de la fecha en que se firmó. Yo puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
4. Con mi firma abajo yo certifico que la información del paciente nombrado arriba es correcta y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Yo doy mi consentimiento para el tratamiento. Por este medio autorizo que los beneficios del seguro médico se paguen a este centro de atención médica.
5. Para los niños de 9-18 años, se me ha informado del aumento de riesgo de desmayos breves después de la vacunación y se me ha indicado que permanezcan sentados durante unos 15 minutos.
6. **Sí / No** doy permiso al TCHD para enviar información, contactarme o dejar mensajes utilizando métodos alternativos de comunicación incluyendo mensajes de voz/mensajes de texto. Tengo entendido que todos los mensajes podrían incluir información relacionados con los servicios de inmunización recibidos en TCHD. Entiendo que estos métodos de comunicación no son seguros.

Adult - Adulto*English*

1. I have read or have had explained to me the information contained in the Vaccine Information Sheets for each vaccine. I have had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) indicated be given to me or the person named for who I am authorized to make this request.
2. My signature below acknowledges I have been given information about the **Notice of Privacy Practices** at Tri-County Health Department (TCHD) and offered a copy of the **Privacy Practices** document.
3. I authorize the release of information to or from: health care providers, clinics, hospitals, public health agency, 3rd party billers, 3rd party agencies for vaccine or appointment reminders, school, and the Colorado Immunization Information System. I understand the information will be released for the specific purpose of verifying your immunization status or reminding you of scheduled appointments or missing vaccines. This authorization will remain valid for five years from the signature date. I can rescind this authorization in writing at any time. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.
4. By signing below I certify to the accuracy of the above patient information and authorize the release of any medical information necessary to process this claim. I consent to treatment. I hereby assign benefits payable to this facility.
5. I have been informed of the increased risk of brief fainting spells following vaccinations and instructed to stay seated for about 15 minutes.
6. **Yes / No** I give permission for Tri-County Health Department to send information, contact me or leave messages using alternative methods of communication including voicemail/text messages. I understand that all messages could include information related to immunization services received at TCHD. I understand that these methods of communication are not secure.

Español

1. He leído o se me ha explicado la información contenida en la hoja de información de cada vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción. Creo entender los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido que me den la(s) vacuna(s) indicadas para mí o para la persona nombrada en cuyo nombre tengo la autorización de pedir las.
2. Con mi firma abajo confirmo que se me ha entregado información sobre la **Notificación de Prácticas de la Privacidad** del Departamento de Salud Tri-County y que se me ha ofrecido un ejemplar del documento **Prácticas de la Privacidad**.
3. Yo autorizo la divulgación de información hacia o por los proveedores de atención médica, clínicas, hospitales, agencias de salud pública, terceros cobradores, terceras agencias para recordatorio de vacunas o citas, escuelas y el Colorado Immunization Information System. Entiendo que la información será divulgada con el propósito específico de verificar el estado de vacunas o recordatorio de citas o vacunas faltantes. Esta autorización es válida por cinco años a partir de la fecha en que se firmó. Yo puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
4. Con mi firma abajo yo certifico que la información del paciente nombrado arriba es correcta y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Yo doy mi consentimiento para el tratamiento. Por este medio autorizo que los beneficios del seguro médico se paguen a este centro de atención médica.
5. Se me ha informado del aumento de riesgo de desmayos breves después de la vacunación y se me ha indicado que permanezca sentado durante unos 15 minutos.
6. **Sí / No** doy permiso al Departamento de Salud Tri-County para enviar información, contactarme o dejar mensajes utilizando métodos alternativos de comunicación incluyendo mensajes de voz/mensajes de texto. Tengo entendido que todos los mensajes podrían incluir información relacionados con los servicios de inmunización recibidos en el Departamento de Salud Tri-County. Entiendo que estos métodos de comunicación no son seguros.