***(Introducir Distrito Escolar, PSA, o Nombre de Escuela No Pública)***

**Consentimiento de Divulgación de Información de Identificación Personal e Información de Inmunizaciones a Departamentos de Salud Locales y Estatales**

Las inmunizaciones son una parte importante en el mantener a nuestros niños sanos. Las escuelas y los departamentos de salud Estatales y Locales deben monitorear los niveles de inmunización para asegurar que todas las comunidades estén protegidas de enfermedades que puedan potencialmente amenazar la vida y, si es necesario, dar respuesta inmediata a una amenaza emergente a la salud pública. Es importante que se minimicen las amenazas de enfermedades a través del monitoreo de estudiantes que estén inmunizados.

El compartir información sobre inmunizaciones y de identificación personal incluyendo el nombre del estudiante, su fecha de nacimiento, género, y dirección con los departamentos locales y estatales de salud ayudará a mantener a su hijo a salvo de enfermedades prevenibles con vacunas. La Ley de Derechos y Privacidad Educativa Familiar (FERPA), 20 U.S.C. § 1232g, requiere de un consentimiento parental por escrito antes de que se pueda divulgar al departamento de salud información de identificación personal e inmunizaciones de los expedientes de su hijo. Si su hijo tiene 18 años de edad o más, él o ella es un “estudiante elegible” y debe proporcionar un consentimiento para la divulgación de información de sus expedientes escolares.

Usted puede retirar su consentimiento de compartir esta información por escrito en cualquier momento.

*Yo autorizo a [Introduzca el Distrito Escolar, PSA, o Nombre de Escuela No Pública] a revelar la información de los registros de inmunización e identificación personal de mi hijo al Departamento de Salud y Servicios Humanos y al Departamento de Salud Local de Michigan. Entiendo que esta información será usada para mejorar la calidad y prontitud de los servicios de inmunización y para ayudar a las escuelas a cumplir con las Leyes de Michigan. Esto incluye toda información de inmunizaciones e información de identificación personal limitada de la escuela.*

Nombre del Estudiante: Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Firma del Padre/Tutor

o Estudiante Elegible:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_/\_\_/\_\_

Nombre Impreso del Padre/Tutor:

Rev.8/2/18