

FORM **7317-110S**  
(6-2-2009)

DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE LOS EE.UU.  
Dirección de Economía y Estadísticas  
OFICINA DEL CENSO DE LOS EE.UU.  
EN ASOCIACIÓN CON LOS  
CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE  
ENFERMEDADES  
CENTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES  
Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

**FORMULARIO DE PERMISO PARA  
COMUNICARSE CON EL PROVEEDOR  
DE INMUNIZACIONES**

<b>a. RO Code</b>	<b>b. FR Code</b>	<b>c. Year</b>	<b>d. Quarter</b>	<b>e. Week</b>
<b>f. Date of Interview</b>		Month	Day	Year
				2 0
<b>g. Control number</b>				
<b>h. Case ID</b>				<b>i. Line No. of child</b>

**AVISO** – La Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) aprobó esta encuesta y le asignó el número de control de OMB XXXX-XXXX. Mostrar este número indica que la Oficina del Censo está autorizada a llevar a cabo esta encuesta. Por favor, use este número en cualquier correspondencia relacionada con esta encuesta.

**Permiso a través de Entrevista en Teléfono**

**Su permiso es importante para que la Oficina del Censo de los EE. UU. y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) realicen el trabajo de determinar si los niños están completamente vacunados.**

**¿Nos concede usted permiso para comunicarnos con los proveedores nombrados en esta entrevista, para compartir con el proveedor la información básica que identifica al niño(a) (nombrado abajo) y para solicitar que la información pertinente respecto a su historial de inmunizaciones sea enviada a la Oficina del Censo de los EE.UU.?**

**Usted entiende que toda información respecto a su hijo(a) y su proveedor de servicios de salud se mantiene en estricta confidencialidad. Ningún nombre de niño(a), médico o clínica aparecerá en el reportaje de los resultados del estudio.**

Marque (X) la casilla si el padre/madre/guardián legal ha dado permiso verbal para comunicarse con el proveedor (es) de inmunizaciones

NOMBRE Y APELLIDO del Supervisor(a) en letra de molde:	Nombre	Apellido
Firma del Supervisor(a) (en tinta):		

**Permiso a través de Entrevista en Persona**

**Su permiso es importante para que la Oficina del Censo de los EE.UU. y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) realicen el trabajo de determinar si los niños están completamente vacunados.**

**Yo doy a la Oficina del Censo de los EE.UU. permiso para comunicarse con los proveedores nombrados en esta entrevista, para compartir con el proveedor la información básica que identifica al niño(a) nombrado abajo y para solicitar que la información pertinente respecto a su historial de inmunizaciones sea enviada a la Oficina del Censo de los EE.UU. con el fin exclusivo de avanzar los estudios.**

**Yo entiendo que toda información respecto a mi hijo(a) y su proveedor de servicios de salud se mantiene en estricta confidencialidad. Ningún nombre de niño(a), médico o clínica aparecerá en el reportaje de los resultados del estudio.**

**Agradecemos su cooperación.**

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁNLEGAL (en tinta)

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN LEGAL EN LETRAS DE MOLDE:**

Nombre del Padre/Madre/Guardián Legal

**FECHA DE HOY:**

Apellido del Padre/Madre/Guardián Legal

Mes	Día	Año
		2 0

La ley autoriza a la Oficina del Censo a recopilar la información para esta encuesta (sección 182 del título 13 del Código de los Estados Unidos). La sección 9 de esta ley estipula que mantengamos toda la información sobre usted y su hogar en completa confidencialidad. La Oficina del Censo sólo usa esta información para propósitos estadísticos. Si alguna de las personas que tiene acceso a sus respuestas divulga cualquier información que lo identifique a usted o a su hogar, estará sujeta a una penalidad de cárcel, una multa de hasta \$250,000, o ambas.

<b>1. Nombre del niño(a)</b>				<b>PERMISSION FORM ID NUMBER</b>
<b>2. Fecha de nacimiento</b>	Mes	Día	Año	
				<b>3. Sexo</b>
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino