

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**

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

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.

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