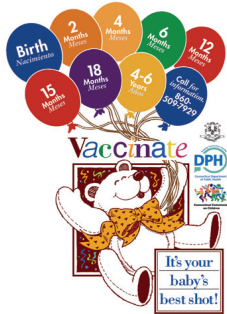


¡Felicitaciones de parte Del Departamento de Salud Pública por el nacimiento de su bebé! El estado de Connecticut proporciona sin costo alguno para usted el Sistema de Registro y Rastreo (**CIRTS**) un base de datos computarizado que mantiene un registro de vacunas de su niño/a.



CIRTS puede:

- darle un record permanente de vacunas de su niño/a;
- avisarle a su doctor/clínica de su niño si le falta una vacuna;
- encontrar el record de vacunas de su niño/a si Usted cambia de médico;
- darle a su doctor las formas que se necesitan para la guardería, la escuela, el campamento y la universidad.

Esta información se mantendrá CONFIDENCIAL
De acuerdo con la regulación s19a-7h-4 de los estatutos generales de CT

Para mas información, por favor pregúntele a la enfermera por un folleto o vea el video de CIRTS que se encuentra en todos los hospitales de nacimiento en CT.

INFORMACIÓN REQUERIDA (POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS)

Nombre del Bebé: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: Niño Niña
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido) mes día año (Por favor, circule)

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento de la Madre: _____ / _____ / _____
(primer nombre) (apellido de soltera) (apellido de casada) mes día año

No. & Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa #: (____) _____ Número de Celular #: (____) _____ Número de Trabajo #: (____) _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia #: (____) _____ Hospital de Nacimiento del BEBÉ: _____

Nombre del Doctor del BEBÉ: _____ Nombre de Clínica del BEBÉ: _____ Ciudad de la Clínica: _____

SÍ, DOY PERMISO para que mi hijo/a sea registrado/a en CIRTS.

→ _____
Firma de la Madre/Padre

Fecha: _____ / _____ / _____
mes día año

NO QUIERO que mi hijo/a sea registrado/a.

Nombre del Bebé: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ / _____ / _____
mes día año

→ _____ Fecha: _____ / _____ / _____
Firma de la Madre/Padre mes día año