

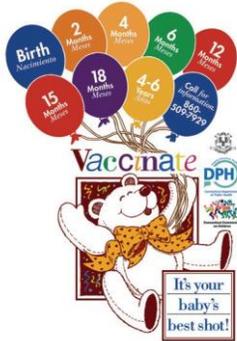
# कनेक्टिकट इम्युनाइजेशन रजिस्ट्री एन्ड ट्रेकिंग सिस्टम (CIRTS)

कनेक्टिकट डिपार्टमेंट ऑफ पब्लिक हैल्थ इम्युनाइजेशन प्रोग्राम

410 Capitol Avenue MS #11 MUN Hartford, CT 06134-0308 टेलिफोन: 860-509-7929 फ़ैक्स: 860-509-8370

**डिपार्टमेंट ऑफ पब्लिक हैल्थ आपके शिशु के जन्म पर आपको बधाई देता है!** राज्य कनेक्टिकट इम्युनाइजेशन रजिस्ट्री एन्ड ट्रेकिंग सिस्टम (CIRTS)

प्रदान करता है जो कि आप पर किसी लागत के बिना आपके बच्चे के टीकों का रिकॉर्ड रखने वाला कम्प्यूटरीकृत डेटाबेस है।



## CIRTS :

- आपको आपके बच्चे के टीकों का स्थायी रिकार्ड दे सकता है;
- यदि आपके बच्चे का कोई टीका छूट गया है तो आपके डॉक्टर को बता सकता है;
- यदि आप डॉक्टर जा क्लिनिक बदलते हैं तो आपके बच्चे के टीकों का रिकॉर्ड ढूँढ सकता है;
- आपके डॉक्टर को डेकेयर, स्कूल, कैंप, और यहां तक कि कॉलेज के लिए भी स्वास्थ्य फॉर्म दे सकता है।

## इस जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा

CT जनरल स्टैच्यूट (सामान्य विधान) के विनियमन s19a-7h-4 के अनुसार

अधिक जानकारी के लिए, कृपया अपनी नर्स से एक ब्रोशर मांगें या CIRTS वीडियो देखें जो सभी CT जन्म देने वाले अस्पतालों में मिलता है।

## आवश्यक जानकारी (कृपया सभी खाली स्थान भरें)

शिशु का नाम: \_\_\_\_\_ जन्म तारीख: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ लिंग: लड़का लड़की  
(पहला भाग) (मध्य भाग) (अंतिम भाग) महीना दिन साल (कृपया घेरा बनाएं)

मां का नाम: \_\_\_\_\_ मां की जन्म तारीख: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(पहला) (विवाह से पहले का) (अंतिम) महीना दिन साल

पता: \_\_\_\_\_ नगर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

घर का फ़ोन #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ सेल फ़ोन #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ काम करने की जगह का फ़ोन #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

आपातकालीन संपर्क का नाम: \_\_\_\_\_ आपातकालीन फ़ोन #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ बच्चे का जन्म अस्पताल: \_\_\_\_\_

शिशु के डॉक्टर का नाम: \_\_\_\_\_ शिशु के क्लिनिक/प्रेक्टिस का नाम: \_\_\_\_\_ क्लिनिक का नगर: \_\_\_\_\_

हां, मैं अपने बच्चे को CIRTS में दाखिल करना चाहता/ती हूँ।

माता/पिता के हस्ताक्षर

तारीख: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
महीना दिन साल

\_\_\_\_\_ नहीं, मैं अपने बच्चे को दाखिल नहीं करना चाहता/ती हूँ।

शिशु का नाम: \_\_\_\_\_  
शिशु की जन्म तारीख: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
महीना दिन वर्ष  
माता/पिता के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
महीना दिन वर्ष