



Date of Request: _____

Authorization to Release COVID-19 Vaccination Records

INSTRUCTIONS: Complete ALL portions of this form. Send completed form via email to: COVIDcallcenter@willcountyhealth.org or via fax to 815-727-8635. If you have any questions, email us or call the Will County Health COVID-19 Call Center at 815-774-7386

Patient's Name: _____
Last Name First Name Middle Initial

Date of Birth (month, day, year): ____/____/____ Other Known Name(s) (Alias): _____

Parent or Guardian Name (if patient under eighteen (18)): _____

Phone Number: _____ Email Address: _____

Mailing Address (number and street): _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Provide the reason for the request by checking the applicable box below:

- Lost vaccination record card (delivery by mail or personal pick up only)
- Missing information on vaccination record card. Describe: _____
- Received communication from IDPH regarding no record of a 2nd dose but I have received the 2nd dose.
- Need alternative form of record

Dates or approximate dates of COVID-19 vaccination: Dose 1 _____ Dose 2 _____ Vaccine Brand _____

Location where COVID-19 vaccination was received? Dose 1 _____ Dose 2 _____

Choose how you want your records delivered by checking the corresponding box below:

- U.S. Mail Email Secure Email Patient pick up Fax - Provide fax number: _____

Provide name of person, agency, or facility to receive records *and* the contact information for delivery method, if different from above:

This record authorization expires upon Will County Health Department (WCHD) fulfillment of the request or sixty (60) days from the date of the signed request, whichever occurs earlier.

I hereby authorize the WCHD to release the immunization or COVID-19 vaccination records of the Patient identified above contained in the Will County and/or Illinois Department of Public Health I-CARE ("Immunization Records"), which may include, without limitation, name, address, social security number, date of birth, race and ethnicity demographics, mother's maiden name, types and dates of immunizations, name and address of the provider administering each dose, any and all adverse reactions to any immunization, insurance coverage information and existence of any medical or religious exemptions of the above for which data is being collected.

I understand that:

- The information disclosed pursuant to this Authorization may be subject to redisclosure by the Recipient and may no longer be protected by applicable federal or Illinois law. The WCHD cannot guarantee that the Recipient will not re-disclose the immunization information provided to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable federal or Illinois law governing the use and disclosure of health information.
- I have the right to revoke this Authorization in writing at any time. The revocation will be effective immediately except to the extent that the WCHD acted in reliance on this Authorization before it received the written notice of revocation.
- I may be contacted by the WCHD for additional information if the records of the Patient identified above cannot be identified based on the information provided.
- The WCHD may require identity verification utilizing a secure and encrypted electronic transmission to me, as the patient identified above.

By my signature below (or by typing my name below), I hereby attest that (i) I am the Patient identified above or the parent or legal guardian of the Patient identified above, (ii) I authorize the release of the Immunization or COVID-19 Vaccination Records for the Patient identified above to the Recipient specified above and (iii) I fully understand the meaning of this authorization. A photo static or facsimile copy of this authorization is valid as the original.

Signature of patient/parent or legal guardian

Relationship to patient

Date

Fecha de solicitud: _____

Autorización para divulgar registros de vacunación contra el COVID.

INSTRUCCIONES: Complete TODAS las partes de este formulario. Envíe el formulario completo por correo electrónico a: COVIDcallcenter@willcountyhealth.org o por fax al 815-727-8635. Si tiene alguna pregunta, envíenos un correo electrónico o llame al Centro de Llamadas de COVID-19 del Departamento de Salud del Condado de Will al 815-774-7386.

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mes, día, año): ____/____/____ Otros nombres conocidos (alias): _____

Nombre del padre o tutor (si es paciente menor de dieciocho (18) años): _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección postal (número y calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Proporcione el motivo de la solicitud al marcar la casilla correspondiente a continuación:

- Tarjeta de registro de vacunación perdida (entrega por correo postal o retiro personal solamente).
 Falta información en la tarjeta de registro de vacunación. Describa: _____
 Recibí comunicación del IDPH con respecto a que no hay registro de una 2.ª dosis, pero he recibido la 2.ª dosis.
 Necesidad de un formulario alternativo de registro.

Fechas exactas o aproximadas de vacunación contra el COVID-19: Dosis 1 _____ Dosis 2 _____ Marca de la vacuna _____

Lugar donde recibió la vacuna contra el COVID-19 Dosis 1 _____ Dosis 2 _____

Elija cómo desea que se entreguen sus registros al marcar la casilla correspondiente a continuación:

- Correo postal Correo electrónico Correo electrónico seguro Retira el paciente Fax (proporcione número de fax): _____

Proporcione el nombre de la persona, el organismo o la instalación para recibir los registros y la información de contacto para el método de entrega si es diferente de lo anterior:

Esta autorización de registro expira cuando el Departamento de Salud del Condado de Will (WCHD) cumple con la solicitud o sesenta (60) días a partir de la fecha de la solicitud firmada, lo que ocurra antes.

Por el presente, autorizo al WCHD a divulgar los registros de inmunización o vacunación contra el COVID-19 del Paciente identificado anteriormente, almacenados en I-CARE del Departamento de Salud Pública de Illinois y/o el Condado de Will ("Registros de Inmunización"), que pueden incluir, entre otros, nombre, dirección, número del Seguro Social, fecha de nacimiento, demografía de raza y etnias, apellido de soltera de la madre, tipos y fechas de inmunización, nombre y dirección del proveedor que administra cada dosis, todas las reacciones adversas a cualquier inmunización, información de cobertura del seguro y existencia de cualquier exención religiosa o médica de lo anterior para lo cual se recopilan datos.

Entiendo que:

- La información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del Destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o de Illinois aplicable. El WCHD no puede garantizar que el Destinatario no vuelva a divulgar la información de inmunización proporcionada a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o la ley federal o de Illinois aplicable que rigen el uso y la divulgación de información de salud.
- Tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. La revocación será efectiva inmediatamente, excepto en la medida en que el WCHD haya actuado sobre la base de esta Autorización antes de recibir la notificación de revocación por escrito.
- El WCHD puede contactarme para obtener información adicional si los registros del Paciente identificado anteriormente no se pueden identificar en función de la información proporcionada.
- El WCHD puede requerir verificación de identidad al utilizar una transmisión electrónica segura y encriptada para mí, como el paciente identificado anteriormente.

Con mi firma al pie (o al escribir mi nombre a continuación), por medio de la presente doy fe de que: i) soy el Paciente identificado anteriormente o el padre o tutor legal del paciente identificado anteriormente; ii) autorizo la divulgación de los Registros de Inmunización o vacunación contra el COVID-19 para el Paciente identificado con anterioridad al destinatario especificado anteriormente, y iii) entiendo completamente el significado de esta autorización. Una copia fotográfica estática o facsímil de esta autorización es válida como original.

Firma del paciente/padre, madre o tutor legal

Parentesco con el paciente

Fecha