



Community Health Nursing

608 Oakland Avenue  
Elkhart, IN 46516-2116  
(574) 523-2127  
Fax: (574) 523-2163

Aixsa Pérez, MD  
Health Officer

### Solicitud de Información

Solicito recibir el registro de inmunización/viaje/plomo concerniente a mi hijo/ mio o a quien he designado.

**Nombre(s)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mande los registros a la dirección siguiente:

Nombre

\_\_\_\_\_

Dirección

Telefono

Ciudad Estado Código Postal

Se Ud. Prefiere se enviarán/ fax las registros a su doctor o a la escuela del niño.

Nombre

\_\_\_\_\_

Dirección

Telefono

Ciudad Estado Código Postal

Telefono de Fax

**Nota:** Su pedido sera atendido tan pronto que sea possible. Por favor permita 5-7 dias el recibo de la información por correo.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Relacion:** \_\_\_\_\_

---

**Staff:** Information request completed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Letter sent by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*“Dedicated to a Healthful Life and Environment”*