# 245.30A

# Release Form for Immunization Data and IRIS

## Overview

**Introduction**

A copy of the Release Form for Immunization Data and IRIS is printed on the following page. The form is printed front-to-back with English text on one side and Spanish on the other.

# Release Form for Immunization Data and IRIS

I understand that information released to the state immunization registry (IRIS):

- Includes my child's first and last name, date of birth, parent's name, address, telephone, dates of immunizations, names of individuals who gave the vaccines, and lot numbers of vaccines given by WIC personnel.
- Can be accessed by health care providers enrolled in IRIS to assess my child's immunization status. Enrolled providers include local and state immunization programs and child health programs associated with the Iowa Department of Public Health, community health centers, migrant health centers, and physicians.

I understand that I may refuse to provide consent. If I refuse, this decision does not affect my child's eligibility or participation in the WIC Program.

- Yes, I authorize the WIC agency listed below to record data in IRIS for the child listed below.
- No, I do not authorize release of data to IRIS.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Child's name | Child's date of birth |
| _____ | _____ |
| Signature of parent/caretaker | Date |
| _____ | _____ |
| Signature of witness | Name of local WIC agency |

# Formulario para Divulgar Datos de Inmunización e IRIS

Yo entiendo que la información divulgada al registro estatal de inmunización (IRIS):

- Incluye el nombre y apellido de mi niño, su fecha de nacimiento, nombres de los padres, dirección, teléfono, fechas de inmunización, los nombres de las personas que le aplicaron las vacunas y los números de los lotes de vacunas aplicadas por el personal de WIC.
- Puede ser accedida por proveedores de cuidado de salud inscritos en IRIS para otorgarles acceso al estatus de inmunización de mi niño. Proveedores incritos incluyen programas de inmunización locales y estatales y programas de salud para niños asociados con el Departamento de Salud Pública de Iowa, Centros de Salud para la Comunidad, Centros de Salud para Inmigrantes y Médicos.

Entiendo que puedo rehusar proveer el consentimiento. Si rehúso, esta decisión no afecta la elegibilidad o participación de mi niño en el programa de WIC.

- Sí, autorizo a la agencia WIC, descrita abajo, para registrar datos en IRIS para el niño descrito abajo.
- No, no autorizo divulgación de datos a IRIS.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Nombre del Niño(a) | Fecha de Nacimiento del Niño(a) |
| _____ | _____ |
| Firma del padre/cuidador | Fecha |
| _____ | _____ |
| Firma del testigo (witness) | Nombre de la agencia WIC local |

This page is intentionally left blank