



**FLORIDA CERTIFICATION OF IMMUNIZATIONS FORM  
DH680 REQUEST**

(CERTIFICADO DE INMUNIZACION FLORIDA FORMA DH680 PETICION)

**ALLOW MINIMUM OF 5 BUSINESS DAYS FOR COMPLETION**

(PERMITA UN MINIMO DE 5 DIAS PARA COMPLETAR)

**Florida Department of Health  
Okaloosa County**

221 Hospital Dr. NE, Fort Walton Beach (FWB)  
FWB Immunization Office Phone: (850) 833-9246  
FWB Immunization Office Fax: (850) 833-3442  
810 E James Lee Blvd, Crestview (CV)  
CV Office Phone: (850) 833-9246

**PRINT CLEARLY**

(ESCRIBA CLARAMENTE)

**CERTIFIED DOCUMENT \$15.00 EACH**

(DOCUMENTO CERTIFICADO \$15.00 C/U)

FWB

CV

**CHILD'S FULL NAME:** \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL MENOR:)

**MALE** ☐ **FEMALE** ☐ **DOB:**(Month/Day/year) \_\_\_\_\_ **AGE:** \_\_\_\_\_ **GRADE** \_\_\_\_\_ **RACE:** \_\_\_\_\_  
(MASCULINO) (FEMENINA) (FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año):) (EDAD:) (GRADO) (RAZA):

**ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
(DIRECCION:)

**CITY:** \_\_\_\_\_ **ZIP CODE:** \_\_\_\_\_ **PHONE:** \_\_\_\_\_  
(CIUDAD:) (CODIGO POSTAL:) (TELEFONO)

**Form Completed by:** \_\_\_\_\_ **Relationship to Child:** \_\_\_\_\_  
(Forma completada por:) (**PRINT Parent or Guardian Name**) (Relación con el menor)  
(Nombre del Padre o Guardián del menor. Escrito)

\_\_\_\_\_  
**Parent Guardian Signature**  
(Firma del Padre o Guardian)

**Date:** \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**I hereby authorize and give consent to FDOH-Okaloosa to e-mail a PIN# or my child's vaccination record (DH Form 680) using Office 365 encrypted e-mail to the following e-mail address:**

(Por la presente, autorizo y doy mi consentimiento a FDOH-Okaloosa para enviar por correo electrónico un PIN # o el registro de vacunación de mi hijo (Formulario DH 680) utilizando el correo electrónico cifrado de Office 365 a la siguiente dirección de correo electrónico:)

**E-mail address:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(Dirección de Correo Electrónico (email))

**I personally assume responsibility for retrieval and security of the same.**  
(Yo, personalmente, asumo responsabilidad por la recuperación y seguridad de este.)

**SIGNATURE AUTHORIZING DH Form 680 TO BE E-MAILED:** \_\_\_\_\_  
(Firma Autorizando correo electrónico para la Forma DH680:)

**NOTE: DH Form 680 and Immunization History files may not open on all cell phone operating systems. Email will auto-deleted 24-hours after opening file; please be ready to print or save documents upon opening. PIN# expires ten days after issuance.**

NOTA: Es posible que los archivos del Formulario DH 680 y del Historial de vacunación no se abran en todos los sistemas operativos de teléfonos celulares. El correo electrónico se eliminará automáticamente 24 horas después de abrir el archivo; Esté preparado para imprimir o guardar documentos al abrirlos. El PIN# caduca diez días después de su emisión.)

**For Staff Use Only**

**Date REQUESTED:** \_\_\_\_\_ **Date Paid:** \_\_\_\_\_ **Date Transcribed:** \_\_\_\_\_

**PIN # Provided** ☐ **Confirmed payment** ☐ **Ready for pick-up** ☐ **Date notified:** \_\_\_\_\_

**DH680 COMPLETION DATE:** \_\_\_\_\_

**Not Complete, Needs Attention:**

**Child needs shots** ☐ **Parent/Guardian Notified- By: EMAIL** ☐ **or PHONE** ☐

**DO NOT GIVE THIS FORM TO THE CLIENT. SCAN PACKET AND ATTACH IN HMS UNDER CONSENTS**

Revised 4/2025