

El Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS) es un sistema computarizado confidencial que contiene registros de inmunización y permite a los usuarios autorizados acceder al registro de vacunas de una persona. La privacidad de su información personal presente en el sistema está protegida por estrictas leyes federales y estatales. Algunos de los beneficios de participar en el NYSIIS son:

- Su proveedor de atención médica puede utilizar NYSIIS para asegurarse de que usted reciba las inmunizaciones necesarias y el tratamiento médico adecuado, cuando fuera necesario.
- Habrá un registro permanente y de fácil acceso de sus inmunizaciones.

La participación en NYSIIS para personas mayores de 19 años es voluntaria; por lo tanto, se necesita su consentimiento. Si desea participar, lea atentamente el consentimiento que se encuentra a continuación y firme en el espacio indicado. Para obtener más información acerca de este consentimiento, llame al (518) 473-2839.

Mediante el presente autorizo a _____ (nombre del médico u organización) para que divulgue información de identificación y sobre mis inmunizaciones al Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS). Comprendo que el propósito de NYSIIS es contribuir con mi atención médica y llevar constancia de las inmunizaciones que he recibido o recibiré en el futuro. Es posible que el Departamento de Salud utilice la información sobre mis inmunizaciones para mejoras de la calidad, investigaciones epidemiológicas y control de enfermedades. Mi información personal de identificación será eliminada de la información que se utilice para mejorar la calidad o con fines de investigación.

La información de inmunización en NYSIIS se puede divulgar a los siguientes: a mí mismo, a mis organizaciones de mantenimiento de la salud, a los departamentos de salud locales y estatales, a la escuela a la que asisto y a los médicos que me brindan atención médica.

Entiendo que mi decisión de no inscribirme en el NYSIIS no tendrá efecto alguno en el tratamiento, los pagos o la obtención de beneficios. Este consentimiento se puede retirar en cualquier momento mediante el formulario provisto. Si posteriormente decido retirar mi consentimiento, la información sobre inmunizaciones que NYSIIS reciba en virtud de éste, permanecerá registrada allí. Sin embargo, no se registrarán en NYSIIS las inmunizaciones que reciba en el futuro.

Nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha