



UNA COPIA COMPLETA DE ESTA SOLICITUD TIENE EL MISMO VALOR QUE LA ORIGINAL

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LOS REGISTROS DE VACUNACIÓN
Immunization Information System del estado de Washington, PO Box 47843, Olympia, WA 98504-7843
Teléfono: 1-866-397-0337 | Fax: 360-236-3590 | E-mail: WAISRecords@doh.wa.gov

Información del paciente/niño (si solicita registros para más de un paciente o niño, vea el otro lado de esta forma):

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
/ /		
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Otros nombres o seudónimos	

Información del padre o tutor legal:

Nombre completo del padre o tutor legal (Si el paciente es menor de 18 años)	()	Teléfono (incluya el área)	
Dirección # de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
E-mail de padre o tutor legal	/ /	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	

Solicito y autorizo al Immunization Information System (Registro de vacunación) del estado de Washington que libere los registros de vacunación de la persona antes mencionada a la persona o entidad designada a continuación:

Nombre y apellido	Nombre de la agencia (si aplica)	()	Teléfono (incluya el área)
-------------------	----------------------------------	-----	----------------------------

Los registros se enviarán como se indica a continuación, a más tardar en 15 días hábiles después de recibir esta autorización firmada (pero generalmente en el plazo de tres a cinco días laborables). Si elije registrar para ©MyIR los registros estarán disponibles inmediatamente. **Elija todo lo que se aplique:**

- Envíenme los records a la siguiente dirección electrónica: _____
- Envíenme los records al siguiente número de fax: () _____
- Envíenme los records a la siguiente dirección postal (incluya su dirección postal, número de apartamento, ciudad, estado y código postal): _____
- Acceda mis registros/los registros de mi niño por Internet con ©MyIR

Si no revoque esta solicitud como se describe al reverso, esta autorización expira 18 años después de firmar o cuando el niño cumple 18 años de edad, lo que ocurra primero.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington, que esta información es verídica y correcta, y de que soy el paciente o persona autorizada para firmar esta solicitud en nombre del paciente.

Firma del paciente o tutor legal (no se acepta la firma electrónica)	Relación con el paciente (madre, padre, tutor, etc.)
/ /	
Fecha (mes/día/año)	

Si solicita registros para más de un paciente o niño, escriba su información abajo:

1.

Nombre del paciente _____ / /	Segundo nombre del paciente _____	Apellido del paciente _____
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Otros nombres o seudónimos	

2.

Nombre del paciente _____ / /	Segundo nombre del paciente _____	Apellido del paciente _____
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Otros nombres o seudónimos	

3.

Nombre del paciente _____ / /	Segundo nombre del paciente _____	Apellido del paciente _____
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Otros nombres o seudónimos	

4.

Nombre del paciente _____ / /	Segundo nombre del paciente _____	Apellido del paciente _____
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Otros nombres o seudónimos	

Sobre el Immunization Information System del estado de Washington

El Immunization Information System del estado de Washington es un registro estatal de vacunación que realiza un seguimiento vitalicio de los registros de vacunación para las personas de todas las edades, ayudando así a garantizar la vacunación a tiempo. La información en el registro proviene de la parte pública del certificado de nacimiento del niño, así como los registros de vacunación de los profesionales de la salud y los planes de seguro médico. Si piensa que la información que ha recibido es incorrecta o está incompleta, puede pedirle a su proveedor que la corrija. Si no se puede corregir o no tiene una copia de su historial de vacunación completo, por favor póngase en contacto con nuestro servicio de atención al cliente (Help Desk) al 1-866-397-0337 o WAIISRecords@doh.wa.gov.

Información específica sobre el paciente se usa únicamente con fines legales, hacemos mención de esto en nuestra Póliza de Intercambio de Información ubicada en línea en www.waiis.wa.gov (en documentos) bajo la sección de apéndices. Su petición para que el registro libere la información no está relacionada ni modificará cualquier otra condición privada en el Acuerdo de Intercambio de Información y que aplique a las leyes estatales y federales de privacidad. Su petición para liberar los registros de vacunación no afectará ninguno de los servicios prestados a usted a través del registro.

Tenga en cuenta que su información puede no ser segura una vez que sale del Immunization Information System. La información no se encriptará si usted pide que se le envíe por correo electrónico. Si solicita que sea enviada a otras personas sin cobertura de las leyes de privacidad, dichas personas pueden revelarla a otros. El registro no es responsable por la protección de su información después de que se le envíe. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento enviándonos una solicitud por escrito al Immunization Information System del estado de Washington, PO Box 47843, Olympia WA 98504-7843 o por fax al 360-236-3590. Su petición de revocación no se aplicará a la información divulgada antes de que recibamos su solicitud de revocación.

Sobre ©MyIR

©MyIR.net es una aplicación desarrollada por Corporación de Tecnologías Científicas. Esta aplicación permite a los consumidores el acceso a los registros de salud e información. Los padres o tutores legales pueden registrar y añadir el acceso para los miembros de la familia o dependientes, utilizando una intuitiva interfaz de Internet.

Se permite el acceso a los registros de salud solamente cuando el padre o tutor llene y firme esta autorización para liberar los registros de vacunación. Esto garantiza que el padre o tutor tenga acceso a los registros de la familia como es requerido por la ley federal.

© MyIR.net se centra en ofrecer la información de inmunización más precisa a los padres y tutores. Esta información puede ser presentada a las escuelas, guarderías y clubes atléticos a la discreción del padre o tutor. Las familias también pueden coordinar las inmunizaciones recomendadas con su proveedor de la salud con la información pronostica que es también parte del registro de vacunación en © MyIR.