

## **SE ENCONTRÓ EL REGISTRO DEL MIIS: SOLICITUD DE ENMIENDA DE REGISTRO DEMOGRÁFICO DE VACUNACIÓN DEL MDPH**

**NOTA:** Antes de comenzar con este proceso, podría ser más rápido solicitar las actualizaciones de su registro de vacunación directamente a su proveedor de atención médica actual.

Lea esta información y complete el siguiente formulario para solicitar una actualización de la información demográfica que figura en su registro de vacunación (por ejemplo, una actualización de su dirección actual).

El Sistema de Información sobre Vacunación de Massachusetts (MIIS, por sus siglas en inglés) es un sistema basado en la web que lleva un registro de todas las vacunas que los proveedores de atención médica administran a niños y adultos en Massachusetts. El sistema se estableció en 2011 y es operado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH, por sus siglas en inglés) de acuerdo con la ley estatal ([Leyes Generales de Massachusetts \[MGL, por sus siglas en inglés\] capítulo 111, artículo 24M](#)).

**Toda la información individual que figura en el MIIS se mantiene confidencial de conformidad con la ley aplicable.**

Para solicitar una enmienda de registro demográfico de vacunación del MDPH, presente lo siguiente y espere hasta 10 días hábiles para su procesamiento:

- Las dos páginas del Formulario de solicitud de enmienda de información demográfica de vacunación completadas y firmadas.
- Una fotocopia de su licencia de conducir u otra identificación emitida por el estado, con el número de licencia tapado o eliminado.
- Si está solicitando un cambio de nombre (no un error de deletreo menor), debe presentar una constancia legal de su cambio de nombre.
- Si su nueva dirección no figura en su identificación, presente una constancia de su nueva dirección (p. ej., una copia de una factura de un servicio).
- Si está haciendo la solicitud en nombre de otra persona, debe presentar documentación adicional que demuestre su autoridad legal para hacerlo, como una autorización para divulgarle a usted la información de esa persona.

El MDPH no puede enmendar la información demográfica asociada con su registro de vacunación del MIIS sin la documentación que se indica arriba.

**Entregue al MDPH la documentación completada por correo postal o fax:**

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)  
Massachusetts Department of Public Health, Immunization Division  
305 South Street, Jamaica Plain, MA 02130

FAX: 857-323-8321

**NO ENVÍE LA DOCUMENTACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO; EL CORREO ELECTRÓNICO DEL MIIS NO ES SEGURO.**

## **SOLICITUD DE ENMIENDA DE REGISTRO DEMOGRÁFICO DE VACUNACIÓN DEL MDPH**

**Página 1 de 2**

### **Información sobre la persona o el dependiente:**

**Información que figura en el registro que se está actualizando:** Esta información es necesaria para asegurar la identidad de la persona cuyo registro se está actualizando (*es decir, usted, su hijo o la persona en nombre de quien usted tiene autoridad legal para actuar*).

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO  
NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO  
POSTAL

**NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_  
SI ESTÁ DISPONIBLE PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS

**Información sobre la persona que realiza la solicitud del registro:** Esta información es necesaria para asegurar que la persona/agencia tenga la autoridad legal para completar esta solicitud de registro. Incluya la documentación que corresponda para confirmar la autoridad legal.

**La persona que realiza la solicitud es la misma que figura arriba:** pase a **Firma de la persona que realiza la solicitud**; de lo contrario, complete la sección que sigue.

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

RELACIÓN CON LA PERSONA QUE SE MENCIONA ARRIBA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**Autorizo al Departamento de Salud Pública de Massachusetts a entregar la confirmación del procesamiento del registro al siguiente medio de contacto:**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si no tiene acceso a un correo electrónico, puede solicitar la confirmación por fax o teléfono:

FAX: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que realiza la solicitud:** Solicito una actualización de la información clínica asociada con mi propio registro, o soy el padre, la madre, el tutor legal u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona titular del registro que estoy solicitando. Certifico, sujeto a la pena de falso testimonio, que la información que estoy proporcionando es verdadera a mi leal saber y entender.

# SOLICITUD DE ENMIENDA DE REGISTRO DEMOGRÁFICO DE VACUNACIÓN

## Página 2 de 2

**Descripción del cambio de la información demográfica del registro del MIIS que se solicita:**

Explique qué cambio solicita:

