

SOLICITUD DE SU REGISTRO DE VACUNACIÓN

NOTA: Antes de iniciar este proceso, tome en cuenta que podría ser más rápido solicitar una copia de su registro de vacunación directamente a su proveedor de atención médica actual. Si esto no es posible, lea esta información y complete el formulario siguiente para solicitar una copia de su registro de vacunación, incluido el registro de vacunación contra la COVID-19.

Para obtener una copia de su registro de vacunación, usamos el Sistema de información de vacunación de Massachusetts (Massachusetts Immunization Information System, MIIS), una plataforma en línea en la que se monitorean todas las vacunas que los proveedores de atención médica administran a los niños y a los adultos en Massachusetts. El sistema fue creado en 2011 y lo administra el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH) conforme a la legislación estatal (M.G.L. c. 111, Sección 24M; 105 CMR 222).

En el MIIS, se mantiene la confidencialidad de toda la información individual conforme a la legislación correspondiente.

Para obtener su Certificado de vacunación del MDPH, envíe lo siguiente y espere 10 días hábiles para su procesamiento:

- Un Formulario de solicitud de registro de vacunación completo
 - Las Preguntas de verificación completas (se encuentran en la última página de este formulario)
- * Si está haciendo la solicitud en nombre de otra persona o como padre/madre/tutor de un menor, es posible que posteriormente le soliciten más documentación en la que se demuestre que usted tiene autoridad legal para hacerlo.

***Tenga en cuenta que el Certificado de vacunación generado por el MIIS podría no ser una representación completa del estado más reciente de vacunación.** Conforme a la legislación del estado de Massachusetts, los proveedores de atención médica y otros profesionales acreditados deben informar al estado sobre las vacunas que administran; sin embargo, es posible que su proveedor todavía: a) no esté registrado para usar el sistema o b) no haya ingresado la historia completa de vacunación en el sistema. **Por consiguiente, es posible que el MDPH no pueda suministrarle un Certificado de vacunación o solo pueda suministrarle un registro parcial.** En ese caso, tendrá que comunicarse con su proveedor de atención médica para obtener sus registros de vacunación.

Envíe la documentación completa al MDPH por correo 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

Información sobre el registro que se solicita: Esta información es necesaria para comprobar la identidad de la persona de la que se solicita el registro (*es decir, usted, su hijo o una persona sobre la que tiene autoridad legal*).

NOMBRE:

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	---------------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____ **GÉNERO:** _____ **NÚMERO DE TELÉFONO:** _____
MM/DD/AAAA

DIRECCIÓN: _____

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-------	--------	--------	---------------

APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE: _____
SI ESTÁ DISPONIBLE PARA MENORES DE 18 AÑOS

Información sobre el solicitante del registro: Es necesario contar con esta información para garantizar que la persona/agencia tiene la autoridad legal para completar esta solicitud de registro. Incluya la documentación correspondiente para confirmar la autoridad legal.

Si el solicitante es el de más arriba — pasar directamente a **Firma del solicitante**, de lo contrario, completar la siguiente sección.

NOMBRE:

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	---------------	----------------

DIRECCIÓN: _____

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-------	--------	--------	---------------

RELACIÓN CON LA PERSONA MENCIONADA MÁS ARRIBA: _____ **NÚMERO DE TELÉFONO:** _____

Autorizo al Departamento de Salud Pública de Massachusetts a entregar el registro solicitado a:

MÍ PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ESCUELA OTRA AGENCIA

NOMBRE DE LA AGENCIA: _____ **POR FAX:** _____

TELÉFONO DE LA AGENCIA: _____

POR CORREO:

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
POSTAL			

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Firma del solicitante: Solicito mi propio registro, o soy el padre/la madre, tutor u otra persona autorizada para actuar en nombre de la persona cuyo registro solicito. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que suministro para solicitar el registro de vacunación identificado es verdadera a mi leal saber y entender.

SOLO PARA USO INTERNO DEL MDPH:

FECHA DE RECEPCIÓN: _____ **FECHA DE PROCESAMIENTO:** _____ **HALLADO EN MIIS:** - S | N - **LIST:** _____

Preguntas de verificación para solicitar registros de vacunación

Complete la siguiente información en la mayor medida posible. Puede saltar una pregunta si no tiene esa información, pero llene todo lo que pueda. Contar con más información ayuda al MDPH a verificar los registros del paciente y procesar las solicitudes de proceso de vacunación a tiempo. Todas las preguntas a continuación se refieren a los registros de vacunación que se solicitan.

Tenga en cuenta que es posible que se necesite más información para verificar los registros del paciente, y un representante de MIIS del MDPH podría contactarlo para realizar una verificación adicional.

Vacunación más reciente:

Tipo de vacuna: _____

Fecha de administración: _____

Lugar de administración: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono:

Casa: _____

Celular: _____

Anterior: _____

Dirección actual: _____

Direcciones anteriores: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Centro de atención primaria: _____

Apellido de soltera de la madre: _____