

No 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 formulario que figura a continuación si no recibió una coincidencia cuando usó el Portal de acceso público del MIIS.

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:

- Un Formulario de solicitud de enmienda de información demográfica de vacunación completado y firmado en su totalidad (página 1 de No se encontró el registro del MIIS: Solicitud de registro de enmienda de información demográfica de vacunación del MDPH).
- Un Formulario de verificación de identidad demográfica completado en su totalidad (página 2 de No se encontró el registro del MIIS: Solicitud de registro de enmienda de información demográfica de vacunación del MDPH).
- Una fotocopia de su licencia de conducir u otra identificación emitida por el estado, con el número de licencia tapado o eliminado.
- Si se cambió el nombre en los últimos 10 años, presente una constancia de cambio de nombre legal.
- 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.

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

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)

No se encontró el registro del MIIS: Solicitud de enmienda de registro demográfico de vacunación del MDPH: página 1 de 2

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.

Formulario de solicitud de enmienda de registro demográfico de vacunación

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.

No se encontró el registro del MIIS: Solicitud de enmienda de registro demográfico de vacunación del MDPH: página 2 de 2

Formulario de verificación de identidad demográfica

Complete lo máximo posible la información que se indica a continuación. El MDPH utilizará esta información para intentar encontrar su registro. Puede omitir las preguntas que no se apliquen a usted.

Dirección actual: _____

Anteriores dos direcciones:

Nombre anterior (si corresponde):

Teléfono actual:

Números de teléfono anteriores (indique todos los que recuerde):

Dirección de correo electrónico actual:

Dirección de correo electrónico anterior:

Última vacuna recibida: _____

Fecha de administración:

Lugar de administración:

Proveedor de atención primaria:

Centro de atención primaria:
