

# Massachusetts Immunization Information System MIIS

## DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN SOBRE INMUNIZACIONES Formulario de objeción (o retiro de objeción)

El Sistema de Información sobre Inmunizaciones de Massachusetts (*Massachusetts Immunization Information System*, MIIS) mantiene un seguimiento de todas las inmunizaciones que los médicos y proveedores de atención médica dan a los pacientes en Massachusetts. El sistema ha sido creado de acuerdo con la ley del estado (M.G.L c. 111, Sección 24M) y es operado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (*Massachusetts Department of Public Health*, MDPH).

Toda la información del MIIS se mantiene confidencial entre los profesionales de la salud y otros profesionales involucrados en la inmunización. La ley permite que la información se comparta entre médicos y enfermeros que le brindan atención, enfermeros escolares, comités de salud locales y personal de agencias del estado **involucradas en la inmunización** (incluido el programa WIC). Por ejemplo, permite que un médico nuevo revise qué inyecciones usted recibió de otros médicos en el pasado. Permite que un enfermero de una sala de emergencias que nunca antes lo haya visto a usted consulte el MIIS para saber si usted ha recibido una determinada vacuna. Sus registros sólo estarán disponibles para las personas involucradas en su atención que tengan un motivo para examinarlos.

Usted puede preferir que sus antecedentes de inmunizaciones **no** se compartan de esta manera. En tal caso, marque la casilla junto a “ME OPONGO” a continuación y complete la información al dorso de este formulario. Luego, entregue el formulario a su médico u otro proveedor de atención médica, o envíelo por fax o por correo al Departamento de Salud Pública dirigido a la información de contacto que se proporciona al dorso de este formulario. Si se opone, su información sobre inmunizaciones continuará estando en el MIIS pero únicamente podrán verla los proveedores que le aplican las vacunas y el Departamento de Salud Pública. Nota: **Usted** deberá mantener el seguimiento de sus registros de inmunizaciones o los registros de inmunizaciones de su hijo en caso de que cambie de médico o reciba inmunizaciones de otros proveedores de atención médica en su comunidad.

Si ha cambiado de parecer o si cambia de parecer en el futuro y decide compartir la información con más proveedores de atención médica, marque “RETIRO MI OBJECCIÓN ANTERIOR” a continuación y entregue el formulario a su médico u otro proveedor de atención médica (o al MDPH).

---

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**ME OPONGO** a compartir información del MIIS sobre mí o sobre mi hijo. Entiendo que esto impedirá que mi médico o el médico de mi hijo u otro proveedor de atención médica pueda consultar el MIIS para obtener información sobre inmunizaciones proveniente de otros proveedores de atención médica. También entiendo que esta objeción no impedirá que mi hijo o que yo podamos recibir inmunizaciones.

**RETIRO MI OBJECCIÓN ANTERIOR de compartir** información sobre inmunizaciones del MIIS sobre mí o sobre mi hijo. Entiendo que al firmar y entregar este formulario, el MIIS podrá compartir información sobre inmunizaciones con mi médico o con el médico de mi hijo o con otros proveedores de atención médica y otras personas que, de acuerdo con la ley, pueden ver esta información.

**-continúa al dorso -**

**Información de la persona o hijo** (esta información es necesaria para identificarlo correctamente a usted o a su hijo)

