



Registro de Vacunación de Wyoming
Formulario de solicitud del paciente al
WyIR



Stefan Johansson
Director

Mark Gordon
Gobernador

Este formulario está destinado a las personas que hayan recibido el mensaje “No Match Found” (No se encontraron coincidencias) al utilizar la aplicación Docket para acceder a su registro de vacunación o al de su(s) hijo(s). Para que la Unidad de Vacunación (*Immunization Unit*) confirme la identidad y localice a un paciente que coincida en el Registro de Vacunación de Wyoming (WyIR, por sus siglas en inglés: *Wyoming Immunization Registry*), llene y envíe este formulario a la Unidad de Vacunación, junto con una copia de uno de los siguientes comprobantes de identificación válidos y vigentes:

- Licencia de conducir expedida por el gobierno del estado
- Documento de identidad expedido por el gobierno del estado
- Tarjeta de identificación militar
- Pasaporte estadounidense válido
- Tarjeta de residente permanente válida

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN LEGAL MÁS ACTUALIZADA

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO(S): _____ NOMBRE DE SOLTERA/OTROS NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO REGISTRADO LEGALMENTE: FEMENINO MASCULINO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL (incluya ciudad, estado y código postal): _____

DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente de la dirección residencial): _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

Seleccione esta casilla si autoriza que la Unidad de Vacunación utilice la información que proporcione en este formulario para actualizar el WyIR.

Al firmar este formulario, confirmo que soy la persona o el padre, la madre o tutor de la persona arriba mencionada.

(Escriba en letra de molde) Nombre completo de la persona o del padre, la madre o tutor

Firma de la persona o del padre, la madre o tutor

Fecha



Registro de Vacunación de Wyoming
Formulario de solicitud del paciente al
WyIR



Stefan Johansson
Director

Mark Gordon
Gobernador

Es su responsabilidad enviar este formulario con una copia de una identificación por correo, fax o correo electrónico a:

Wyoming Department of Health
Immunization Unit
122 West 25th Street, 3rd Floor West
Cheyenne, WY 82002
Fax 307-777-3615
Correo electrónico: docket.helpdesk@wyo.gov

Si tiene alguna pregunta, llame al 307-777-7952 o envíe un correo electrónico a docket.helpdesk@wyo.gov.

Para uso oficial exclusivamente

Fecha de recepción: _____

Se cumplimentó el formulario

No se pudo cumplimentar el formulario

Retrasado, cumplimentaremos esta solicitud a más tardar el: _____

Comentarios: _____

Firma del representante del WDH: _____