



Registro de Vacunación de Wyoming
Formulario de Revocación de la exclusión
voluntaria del WyIR



Stefan
Johansson Director

Mark Gordon
Gobernador

El Registro de Vacunación de Wyoming (WyIR, por sus siglas en inglés: *Wyoming Immunization Registry*) es un sistema informático confidencial basado en la población que recoge y mantiene los datos de vacunación de los residentes de Wyoming de todas las edades, comunicados o enviados por los proveedores de servicios de salud de Wyoming que administran vacunas. El WyIR incluye herramientas de análisis de datos que la División de Salud Pública del Departamento de Salud de Wyoming (*Wyoming Department of Health, Public Health Division*) utiliza para diseñar y mantener estrategias de vacunación eficaces a fin de prevenir enfermedades y reducir los costos de la atención médica. Los proveedores de servicios de salud inscritos pueden informar al WyIR de las vacunas que los pacientes han recibido en el pasado, así como revisar cualquier vacuna recomendada durante una consulta médica. Los proveedores de servicios de salud inscritos también pueden imprimir los registros de vacunación de los residentes en Wyoming desde el WyIR. La información contenida en el WyIR solamente podrá utilizarse y revelarse en la forma permitida o exigida por la legislación estatal y federal, incluida la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés: Health Insurance Portability and Accountability Act).

Esta solicitud tiene por objeto revocar una solicitud anterior voluntaria para dar de baja su información o la de su(s) hijo(s) o dependiente(s) del WyIR. La revocación de su exclusión voluntaria del WyIR significará que tanto la información del paciente como la de vacunación se comunicarán al WyIR y serán identificables en el mismo a partir del momento en que se presente y tramite esta solicitud. La información histórica de vacunaciones anteriores a la revocación tendrá que añadirse a su registro en el WyIR, ya sea presentando la Solicitud de Modificación del Registro al Departamento de Salud de Wyoming, o a través de su proveedor de servicios de salud o de la oficina local de Enfermería de Salud Pública, acompañada del comprobante de vacunación.

Información del paciente: escriba en letra de molde de manera clara.

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

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

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: FEMENINO MASCULINO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

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

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____



Registro de Vacunación de Wyoming
Formulario de Revocación de la exclusión
voluntaria del WyIR



Stefan
Johansson Director

Mark Gordon
Gobernador

Al firmar este formulario de Revocación de la Exclusión Voluntaria, confirmo que soy la persona o el padre, la madre o tutor de la persona arriba mencionada. Elijo que mi información de vacunación/la información de vacunación de mi(s) hijo(s) sea comunicada al WyIR.

(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

Es su responsabilidad enviar este formulario con 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
Email: wyr@wyo.gov

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

Para uso oficial exclusivamente

Fecha de recepción: _____

Aprobado

Denegado

Retrasado, cumplimentaremos esta solicitud a más tardar el: _____

Comentarios: _____

Firma del representante del WDH: _____